

博士学位請求論文

指導教員 村岡 潔 教授

地域包括ケアシステム社会における 看取りの社会福祉の論点

佛教大学大学院

社会福祉学研究科社会福祉学専攻

杉本 浩章

地域包括ケアシステム社会における 看取りの社会福祉の論点

目次

序章	1
第1章 地域包括ケアシステム構想の位置づけ	
第1節 地域包括ケアシステム社会のエンドオブライフケアとソーシャルワーク—現状 分析と課題—	6
第2章 メゾレベル・マクロレベルでみる地域包括ケアシステム社会の終末期ケアの課題	
第1節 メゾレベルにおける課題；基礎自治体の自宅死の割合に影響を及ぼす医療福祉 関連指標	19
第2節 マクロレベルにおける課題；世帯の経済水準と死の格差問題	31
第3章 ミクロレベルでみる地域包括ケアシステム社会の終末期ケアの課題	
第1節 特別養護老人ホームにおける IPW の促進要因と阻害要因；文献検討	58
第2節 病院における IPW の促進要因と阻害要因；フォーカスグループインタビュー	78
第4章 終末期ケアの質の評価と IPW を促進するための研修プログラム開発	
第1節 「終末期ケアの質を高める4条件」の妥当性と有用性	100
第2節 ケアマネジメント・ツールを活用した研修プログラムの開発	113
第3節 ケアマネジメント・ツールを活用した研修プログラムの有用性	120
第5章 終末期ケアにおける介入研究の試み	
第1節 情報の共有に着目した地域レベルの実態と課題	126
第2節 終末期ケアの質に影響を及ぼす多職種チーム・モデルの検討	131
終章 結論—地域包括ケアシステム社会における看取りの社会福祉の論点—	140

序章

現在わが国は、「2025年問題」への処方箋として地域包括ケアシステムの構築を推進している。その先に控える更なる人口高齢化と、年間死亡者数が170万人近い「多死社会」を迎えることを踏まえれば、地域包括ケア時代の到来は、「いかに質の高い看取りを実現できる社会になるのか」という課題に帰結する^{※1}。

終末期の療養場所については、自宅での療養を希望する国民は多いが、その希望も状態像によって揺らぐ^{※2}。2008（平成20）年の調査³⁾では、「自宅で最期まで療養したい」とした国民は10.9%にとどまった^{※3}。

他方、死亡場所の将来推計では、将来的に「看取り先の確保が困難」⁴⁾とされ、自宅での死亡割合を増加させることは現実的ではない⁵⁾。実際には、「居宅生活の限界点を高める」政策目標⁶⁾のもと、マクロレベルにおいては「医療・介護の連携」「チーム医療」等をキーワードとした制度面での拡充が進められている⁷⁾。一方でミクロレベルでは、専門職間連携（Inter-Professional Work ; IPW）の推進が長年にわたって課題とされているものの、IPWの理論構成の煩雑さ⁸⁾などを背景に、異なる専門性・専門職性の隙間を埋めることができない。特に多元的な価値観が必要となる終末期ケア⁹⁾においてその解決を図るには、終末期ケアにおけるIPWを推進するための専門職間連携教育（Inter-Professional Education ; IPE）が不可欠であろう。

このような状況下にあつて、社会福祉は終末期ケアにどのように向かい合っていくのか。「社会福祉士及び介護福祉士法」における社会福祉士の定義には、「福祉サービス関係者等との連絡及び調整」を業とする旨が規定されており、IPWにおける中心的役割を担う立場であることがわかる。終末期ケアについても、社会福祉士養成カリキュラムに、科目「高齢者に対する支援と介護保険制度」において厚生労働省が示したシラバス¹⁰⁾では、6つのねらいの中には、「終末期ケアの在り方（人間観や倫理を含む.）について理解」が挙げられている。

しかしながら、終末期ケアの実践場面においては、「機能」としてのソーシャルワークあるいは職種としてのソーシャルワーカーが取り上げられることは限られている。社会福祉専門職養成教育においても、社会福祉が終末期ケアにどのように向き合っていくのか、という理論的理解まで求められているとはいえない。

そこで本研究では、地域包括ケアシステム社会における看取りの社会福祉の論点を主題

として、終末期ケアを多角的・多面的に検討する。

本研究の学術的な特色・独創的な点は、まず第1に、マイクロレベル・メゾレベル・マクロレベルのそれぞれにおいて論点整理を行った点である。第2に、主としてマイクロレベルにおいて、実務レベルにおいていかにIPWを推進するのかという課題と、IPWを推進するために求められるIPEプログラムの評価研究という教育レベルの課題との複眼で全体像を捉えたことである。第3に、終末期ケアを題材として国内での取り組みが遅れている介入研究を試みた点である。

これらの一連の研究を通して、地域包括ケアシステム社会において質の高い終末期ケアを実現するための、社会福祉の論点を示す。

(1) 用語の定義

- ① 終末期；「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」（日本老年医学会）として、具体的な期間は定めない。
- ② 看取り；終末期の過程における死を迎える時期（移行期～臨死期）の看護・介護等の世話全般を指す。なお、移行期とは通常のサービス提供体制にある安定期を過ぎ臨死期への移行する時期、臨死期は死が差し迫っている兆候を確認できる時期、とする。
- ③ 終末期ケア；End-of-Life Careの訳語として用い、その定義は、日本エンドオブライフケア学会によるエンドオブライフの定義「すべての人に死は訪れるものであり、年齢や病気であるか否かに関わらず、人々が差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考え、最期までその人らしい生と死を支えること、ならびに生と死を見送った家族が生きることを支えるケア」とする。ただし、文脈により終末期ケアを「看取り」と表現した箇所もある。また、引用した論文により、終末期ケア、緩和ケア、ホスピスケア等、表現にばらつきがあるが、いずれも看取りのためのケアとして原文のまま表記する。
- ④ 社会福祉；題目にも含む社会福祉は「ソーシャルワーク」と同義とし、マイクロ、メゾ、マクロにわたる実践の総体として用いる。

その他の用語については、注釈などで節ごとに適宜示す。

(2) 構成と概要

第1章 地域包括ケアシステム構想の位置づけ

統計資料や文献をもとに看取りにかかる社会環境の現状分析を行い、看取りの社会福祉の論点を整理することの意義を確認する。

第2章 メゾレベル・マクロレベルでみる地域包括ケアシステム社会の終末期ケアの課題

メゾレベルにおいては、既存統計資料を用いて基礎自治体における自宅死の割合に関連する医療福祉関連指標を明らかにする。また、マクロレベルの課題として、2つの量的調査から終末期ケアに格差問題が存在することを示し、地域包括ケアシステムの構築が進む中でも格差が解消されていない可能性を確認する。

第3章 ミクロレベルでみる地域包括ケアシステム社会の終末期ケアの課題

ミクロレベルの課題では居所別に2つの調査から検討した。まず、文献検討により特別養護老人ホームにおけるIPWの促進要因と阻害要因を整理する。また、緩和ケア病棟を有する病院でのIPWの促進要因と阻害要因については、フォーカスグループインタビューによる質的調査から明らかにする。

第4章 終末期ケアの質の評価とIPWを促進する研修プログラム開発

まず、IPWを促進する研修プログラム開発の基礎となる、「終末期ケアの質を高める4条件」と終末期の質との関連を量的に検討する。

そのうえで、「終末期ケアの質を高める4条件」を基にした「ケアマネジメント・ツール」を活用した、IPWを推進する研修プログラムの概要を示し、その試行調査から研修プログラムの有用性を明らかにする。

第5章 終末期ケアにおける介入研究の試み

IPWを推進する研修プログラムの受講による多職種チームの変容に焦点をあてた介入研究の試みから、ベースライン調査をもとに情報の共有に着目した地域レベルの実態と課題を明らかにする。加えて、終末期ケアのIPWにおける「適切なモデルの選択」から、終末期ケアの質に影響を及ぼす多職種チーム・モデルを検討する。

終章

終章では、結論として、地域包括ケアシステム社会における看取りの社会福祉の論点を示す。

注釈

- ※1 地域包括ケア研究会は、「2040 年に向けた課題は、「いかにして団塊の世代を看取るか」という点に集約されていく」と指摘している¹⁾。
- ※2 「人生の最終段階を過ごしたい場所」について、「がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合」であれば 71.7%が居宅を希望するが、「食事や呼吸が不自由」の場合には 47.3%が医療機関を希望し最も多い。また、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」では居宅の希望は 11.8%にとどまり、59.2%が介護施設を挙げた²⁾。
- ※3 一般国民に対して「自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6 カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合の療養の場所」を問うた結果。

文献

- 1) 地域包括ケア研究会（2017）『地域包括ケア研究会報告書—2040 年に向けた挑戦—』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング。
- 2) 終末期医療に関する意識調査等検討会（2014）『人生の最終段階における医療に関する意識調査』。
- 3) 終末期医療のあり方に関する懇談会（2010）『終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について』。
- 4) 厚生労働省（2015）「地域包括ケアシステムの構築（平成 27 年 5 月 19 日第 1 回都道府県介護予防担当・アドバイザー合同会議資料）」。
- 5) 二木立（2015）『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房。
- 6) 『社会保障・税一体改革大綱』2012（平成 24）年 2 月 17 日閣議決定。
- 7) 山口徹（2015）「「チーム医療」推進へ向けた国の取り組み」『病院』74（2），112-116。
- 8) 春田淳志・錦織宏（2014）「医療専門職の多職種連携に関する理論について」『医学教育』45（3），121-134。
- 9) 島田千穂・高橋龍太郎（2011）「高齢者終末期における多職種間の連携」『日本老年医

学会雑誌』48(3), 221-226.

- 10) 厚生労働省社会・援護局長（2011）「社会福祉士養成施設及び介護福祉士養成施設の設置及び運営に係る指針について」〔第1次改正〕平成23年10月28日社援発1028第1号，別添1「社会福祉士養成施設の設置及び運営に係る指針」別表1.

第1章 地域包括ケアシステム構想の位置づけ

第1節 地域包括ケアシステム社会のエンドオブライフケアとソーシャルワーク—現状分析と課題—

1. 背景と第1章第1節の目的

2011（平成 23）年度の改正・介護保険法で「地域包括ケアシステム」構築が謳われて以降，“地域”は医療・福祉政策の重要なキーワードとなっている。すでに地域包括ケアシステムは広く知られるものとなり、2018（平成 30）年4月の改正・介護保険法においては、「地域包括ケアシステムの深化・推進」のための医療・介護の連携の推進が図られている。その先の関心事は，“2025 年問題”を見据えた地域包括ケアシステム社会のなかでどう暮らすのかから，“2040 年問題”と言われる多死社会の中でどう看取り看取られるか、へと広がっている¹⁾。

他方、エンドオブライフケア^{※1}を意図した医療と介護の連携強化は喫緊の課題といえるが、その文脈で“ソーシャルワーク”が語られることは多くない。そもそも、エンドオブライフケアにおけるソーシャルワークの位置づけは未整理である^{※2}。

そこで本節では、統計資料や文献をもとに、わが国が置かれている看取りにかかる社会環境の現状分析から、地域包括ケアシステム下のエンドオブライフケアにおけるソーシャルワークの位置づけを整理する。

2. 人口高齢化の地域差

『平成 30 年度高齢社会白書』⁶⁾によれば、2017（平成 29）年10月1日現在の人口1億2,671万人に対し、65歳以上の高齢者人口は3,515万人で高齢化率は27.7%となった。

高齢化する日本社会の特徴を先進諸国との比較からみると、高齢化の進展の速さと最高高齢化率に達する点が挙げられる。わが国は、2005（平成 17）年に世界で最も高齢化の進んだ国となって以降、最高高齢化率で推移している。先進地域諸国の平均高齢化率が現在の日本と同水準に到達するのは、2060（令和 42）年頃と推計されている。その頃には、わが国の高齢化率は38%を超え、2065（令和 47）年には38.4%に達する見込みである。日本はすでに、平均的な先進地域諸国の40年先の社会を歩んでいることになる。

一方で、人口高齢化は全国一様ではなく地域差が大きい（表1）。2015（平成 27）年の「国勢調査」⁷⁾をみると、2015（平成 27）年現在、高齢化率33.8%の秋田県をはじめ、

30.0%を超える地域は13県(高知県32.8%, 島根県32.5%, 山口県32.1%, 徳島県31.0%, 和歌山県30.9%, 山形県30.8%, 愛媛県30.6%, 富山県30.5%, 岩手県30.4%, 大分県30.4%, 青森県30.1%, 長野県30.1%)に及ぶ。他方, 最も高齢化率の低い沖縄県は19.6%と“超高齢社会”となるのはまだ先で, 秋田県とは14.2ポイントの開きがある。秋田県が現在の沖縄県と同じ高齢化率であったのは, おおよそ22年前(1995(平成7)年)にまで遡らなくてはならない。

表1 人口高齢化の地域差(都道府県別)

2015(平成27)年				2040(令和22)年			
上位	高齢化率	下位	高齢化率	上位	高齢化率	下位	高齢化率
秋田	33.8	沖縄	19.6	秋田	43.8	沖縄	30.3
高知	32.8	東京	22.7	青森	41.5	愛知	32.4
島根	32.5	愛知	23.8	高知	40.9	滋賀	32.8
山口	32.1	神奈川	23.9	北海道	40.7	東京	33.5
徳島	31.0	滋賀	24.2	徳島	40.2	岡山	34.8
和歌山	30.9	埼玉	24.8	和歌山	39.9	埼玉	34.9
山形	30.8	宮城	25.7	岩手	39.7	神奈川	35.0
愛媛	30.6	栃木	25.9	福島	39.3	福岡	35.3
富山	30.5	千葉	25.9	長崎	39.3	佐賀	35.5
岩手・大分	30.4	福岡	25.9	山形	39.3	大阪・石川	36.0
全国平均 27.3				全国平均 37.3			

資料: 2015(平成27)年分は総務省「国勢調査」, 2040(令和22)年分は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」

高齢化率が36.1%に達すると見込まれる2040(令和22)年においても, 高齢化率の地域差は継続する⁸⁾。沖縄県の高齢化率も30.3%と3割超となるが, 秋田県の43.8%とは13.5ポイントの差が見込まれ, 他に, 4つの県で高齢化率が4割を超えると推計されている(青森県41.5%, 高知県40.9%, 北海道40.7%, 徳島県40.2%)。

人口高齢化率の地域差は、基礎自治体ごとにみるとさらにその差が大きくなる（表 2）⁹⁾。

表 2 人口高齢化の地域差（市町村別）

高齢化率が高い市区町村			高齢化率が低い市区町村		
市町村	都道府県	高齢化率	市町村	都道府県	高齢化率
南牧村	群馬	60.1	小笠原村	東京	14.5
金山町	福島	58.1	青ヶ島村	東京	15.2
天龍村	長野	58.0	長久手市	愛知	15.8
川上村	奈良	56.9	南風原町	沖縄	15.9
大豊町	高知	56.2	戸田市	埼玉	16.1
神流町	群馬	56.0	豊見城市	沖縄	16.1
昭和村	福島	55.1	浦安市	千葉	16.2
上関町	山口	54.1	新宮町	福岡	16.5
仁淀川町	高知	53.0	中央区	東京	16.7
東吉野村	奈良	52.2	御蔵島村	東京	16.9
全国平均					26.6

資料：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」2016（平成 28）
年 1 月 1 日現在

2015（平成 27）年時点で、1,858 ある市区町村のうち南牧村（群馬県）の 60.9%を筆頭に 17 町村が限界自治体の目安となる高齢化率 50%以上となっているが、2040（令和 22）年には 169 の市区町村がこれにあてはまるという。他方、現状では 85 市区町村の高齢化率は 21%未満の“高齢社会”の水準にとどまっている。

また、高齢化率だけでなく高齢者の人口規模にも大きな違いがある。最も人口の少ない鳥取県で高齢化率が 1 ポイント上昇しても、実数で増加する高齢者は 5,700 人程度に過ぎない。しかし、東京都での 1 ポイント上昇は 13 万人を超える高齢者人口の増加を意味する。介護にかかる整備費用は、2025（令和 7）年には全国で約 2500 億円と推計されるが、うち東京圏だけで 1300 億円規模と見込まれる。東京圏では介護施設が 13 万人分不足することが危惧されるだけでなく、介護職員だけでさらに 30 万人のマンパワーが必要とされ

る¹⁰⁾。

地域包括ケアシステムが政策課題として焦点化される背景には、「高齢化の進行と介護保険の利用者の増加が介護保険の財政を逼迫するという問題意識」¹¹⁾がある。それに加えて、人口高齢化の地域差は大きく、今後の医療・介護のサービス供給体制の“標準的な姿”を一律に描くことは難しい。

3. 死亡場所の推移

人口高齢化に伴い死亡者数は増加し、わが国は“多死社会”を迎える。年間死亡者数は2039（令和21）年に166万9千人で最多となるが、これは、介護保険制度が始まった2000（平成12）年の96万2千人からみれば1.73倍の水準である。

そのような中、自宅死に対する国民の希望は強い。最期を迎えたい場所の問いには、高齢者の54.6%が自宅を挙げている¹²⁾。疾病や身体状況など条件ごとの問い¹³⁾でも、末期がんで75.7%、重度の心臓病で82.5%が、認知症で89.6%が自宅での最期を望んでいる。

しかし現実には、2017（平成29）年の自宅死の割合は13.2%で、近年、この割合に大きな変化はみられない¹⁴⁾。老人ホーム死の割合には増加がみられるが、それでも自宅死と合わせて2割ほどに過ぎず、多くが医療機関で最期を迎えている。

一般国民の73.3%が「家族等の負担にならないこと」を“最期を迎える場所を考える上で重要”と考えており、「体や心の苦痛なく過ごせること」（57.1%）や「経済的な負担が少ないこと」（55.2%）が続く¹⁵⁾。独居や高齢者夫婦世帯の増加など家族介護力は低下しており、死亡場所の選択は本人の自己努力だけでは解決しがたい問題である。そのため、自宅死の希望は多くても、6割以上の国民が「最期まで自宅での療養は困難」と考えている¹⁵⁾。

年間死亡者数のピークを迎える前の2030年時点で、すでに「看取り先の確保が困難」¹⁶⁾となるが、他方、病床数を削減し医療費の適正化を図ろうとする「地域医療構想」では、2025（令和7）年を目途に最大20万床の病床数削減を目標に掲げている¹⁷⁾。自宅で最期を迎えることが難しく、病床数には限りがあるなかで、死亡者数が大幅に増加することで“看取り難民”の発生も危惧される。

ただし、「今後生じるであろう病院（特に慢性期病院）の在院日数のさらなる短縮と介護報酬による施設での看取り促進の政策誘導により、両者での死亡を大幅に上積みすること

は十分に可能」との見解もある¹⁸⁾。

4. 看取りの場の地域差

多くの国民が望む自宅死の割合に着目すると、ここでも地域差がみられる（表3）¹⁴⁾。

2017年における自宅死の割合は13.2%であるが、市部の13.6%に対し郡部では10.8%と、いわゆる田舎より都会において割合が高い。

これを都道府県別にみると、東京都（17.9%）、神奈川県（17.1%）に続き、関西地方の府県などが上位に連なる。他方、最も割合の低い大分県（8.2%）をはじめとする9道県は、自宅死の割合が10.0%以下にとどまる。

表3 自宅死の割合（都道府県別）

自宅死の割合が高い都道府県		自宅死の割合が低い都道府県	
東京	17.9	大分	8.2
神奈川	17.1	宮崎	8.3
奈良	16.6	熊本	8.8
兵庫	16.2	佐賀	9.1
大阪	15.9	秋田	9.3
千葉	15.6	鹿児島	9.3
宮城	14.9	北海道	9.5
京都	14.5	長崎	9.5
香川	14.2	石川	9.8
滋賀	14.1	新潟・福岡	10.1
全国平均 13.2			

資料：厚生労働省「人口動態調査 人口動態統計」（2017（平成29）年調査）

市区町村別の自宅死の割合では、さらに開きがみられる（表4）。

「在宅医療にかかる地域別データ集」¹⁹⁾によれば、東京都の離島である小笠原村（60.0%）をはじめ、青ヶ島村（50.0%）、神津島村（48.5%）といった自宅死の割合が半数前後の地域がある。一方で、自宅死があった基礎自治体のなかでも、熊本県の津奈木町（1.3%）や

今別町（青森県，1.4%），蓬田村（青森県 1.5%）といった数パーセントの町村もある．

表 4 自宅死の割合（市町村別）

自宅死の割合が高い市区町村			自宅死の割合が低い市区町村		
市町村	都道府県	自宅死の割合	市町村	都道府県	自宅死の割合
小笠原村	東京	60.0	津奈木町	熊本	1.3
青ヶ島村	東京	50.0	今別町	青森	1.4
神津島村	東京	48.5	蓬田村	青森	1.5
知夫村	島根	41.7	愛別町	北海道	1.8
与論町	鹿児島	39.8	小清水町	北海道	1.8
川上村	長野	35.1	中富良野町	北海道	2.0
伊根町	京都	34.9	三島町	福島	2.0
檜枝岐村	福島	33.3	ニセコ町	北海道	2.1
南相木村	長野	33.3	新冠町	北海道	2.1
渡嘉敷村	沖縄	33.3	仁淀川町	高知	2.1
全国平均					13.0

資料：厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（更新日：平成 29 年 11 月 22 日）

中核市の人口要件となる人口 20 万人以上の 127 都市に限ってみても，葛飾区（23.7%）や横須賀市（22.6%）など 6 つ市区で自宅死の割合が 20%を超える一方で，函館市（8.2%）や鹿児島市（8.4%）など 12 の市の自宅死の割合は一桁台であった．

近年，増加している老人ホーム死の割合も同様に，宮崎市（13.7%）や前橋市（12.8%）などで割合が高く，札幌市（2.8%）や越谷市（3.1%）で低いように地域差が大きい．なかでも，宮崎市（老人ホーム死の割合 13.7%対自宅死の割合 10.0%），松江市（11.7%対 8.5%），山形市（11.6%対 9.7%），長野市（10.1%対 9.9%）の 4 市では，老人ホーム死の割合が自宅死の割合を上回っている．

このように自宅死や老人ホーム死の割合でも地域差が大きい．しかし，本来，希望する最期の場所を“自宅か否か”といった単純な構図に矮小化させて語るべきではない．多死社会となる地域包括ケアシステム下の看取りを考えるのであれば，最期までのときをいか

に過ぎ、どのように最期を迎えるのか、限られた選択肢から選択を迫られるのではなく、選択肢が創られる地域包括ケアシステムを目指すべきであろう。井上¹¹⁾が地域包括ケアシステムについて、「私たちが、私たちの生活のなかで、自主的に創り上げる関係性のなかでしか構築できないし、そうでなければ機能しない」と指摘しているように、地域包括ケアシステムの中でいかに看取り看取られるのか、本質的な議論が求められる。

5. 地域包括ケアシステム構想におけるソーシャルワークの位置づけ

先の現状分析をもとに、地域包括ケアシステム構想におけるソーシャルワークの位置づけを整理する。

森本²⁰⁾は、システム化された福祉を地域福祉と定義づけた上で、地域包括ケアシステムは地域包括ケアを支える基盤であり、その守備範囲は地域福祉と重なるものと概念整理した。また、筒井²¹⁾は、地域包括ケアシステムを *community care* や *integrated care* などの取り組みと同義と捉えている。コミュニティケアについては、個別支援の方法論としてのコミュニティケアと地域支援を別立てにする議論を批判し、*care for the community* としてのコミュニティケア論も提唱されている²²⁾。本論ではこれらの先行研究にならい、地域包括ケアシステムの対象は地域福祉の関心事でもあり、*care for the community* を意図した *community care* と位置づけよう^{※3}。

そもそも地域包括ケアシステムには、医療機関や医師会を核とした「保健・医療系」と社会福祉協議会などによる「福祉系」の2つの源流があるとされる²⁵⁾ ^{※4}。後者については、コミュニティソーシャルワーク^{※5}として展開されてきたことは明白であるが、前者はどうか。保健・医療・福祉分野にまたがる地域生活の諸課題に対して、包括医療を展開する中で進められてきたものである。この動きを医療の側から説明すれば、健康概念が従来の医学モデルからソーシャルワーク実践の理論として定着する生活モデルへと転換するなかで、地域包括ケアが必然とされたことによる²⁷⁾。一方で、地域ケアは早くからのソーシャルワークの課題として取り上げられており、その中では、保健・医療・福祉の連携が重要な課題とされてきた²⁴⁾。「保健・医療系」を源流とする地域包括ケアシステムも、地域ケアを志向するソーシャルワークへの接近によりもたらされたものといえ、ソーシャルワークの歴史の枠組みからも整理できるだろう。

ただし、ソーシャルワークの立場からみれば地域包括ケアシステム構想そのものへの警鐘もある。かつて、在宅ケアや在宅医療が推進されるようになった背景の一つに医療費抑

制の狙いがあり、その文脈ではケアの質は軽視されがちであった²⁴⁾。地域包括ケアシステムが推進されるなかでも、地域包括ケアを構築・推進する上での公的責任を不明瞭にしながら、一方で助け合いの名のもとに住民自身での対処が求められている²⁸⁾。

このような危惧や批判は杞憂とは言えない。なぜなら、社会保障の在り方に関する懇談会の報告書²⁹⁾において、従来の「自助・共助・公助」の解釈が大きく変化して以降、その特異な新解釈が広がっているためだ³⁰⁾。私保険と異なり強制力を持ち制度化した社会保険を、公助から共助へと解釈し直すことは、社会保障が持つ公的責任の縮小を意味する。この変節をどう理解すべきか。地域包括ケアシステム社会のなかで求められるソーシャルワークを考える上で、「自助・共助・公助」の位置づけは欠かせない論点といえるだろう^{※6)}。

地域包括ケアシステム下のエンドオブライフケアを検討するなかでも、増大する社会保障費への対処という政策課題の解決策として焦点化したときの議論と、「地域コミュニティの福祉化」²⁶⁾を推進するコミュニティソーシャルワークの展開形態とを混同すべきではない。

6. 地域包括ケアシステム下で想定される看取り

それでは、地域包括ケアシステムと看取りとの関係はどう整理されるか。

エンドオブライフケアの定義^{※1)}をみると、エンドオブライフケアとは、死にゆく人とその関係者に対する個別的かつ多面的なケアといえる。日本エンドオブライフケア学会²⁾は、その設立趣旨のなかで「終末期の生と死の問題を医療中心の医療モデルから、その人の住まう地域（コミュニティ）でどう生活するかを中心に据えた生活支援・家族支援を含む生活モデル（Care & Comfort）を重視し医療と生活を統合するケア（Integrated Care）をとらえることが必要」と説明している。つまり、エンドオブライフケアとは、地域を基盤とした看取りのケアのあり方を問うものといえ、地域包括ケアシステム下での看取りを支えるケアの理論とも捉えられることができるだろう。

しかし、地域包括ケアシステム社会で想定される看取りの見通しは甘いものではない。

仮に介護サービスや地域社会の支えが整ったとしても、在宅生活を選択することは、孤独死となることも覚悟しなければならないことを意味する³¹⁾。前述のとおり、東京都は自宅死の割合を伸ばし全国一となったが、その増加分の4割は孤独死の増加で説明がつく¹⁸⁾。また、「地域包括ケアシステムの究極の目的は、今後の「死亡急増時代」に「死亡難民」が

生じて社会問題化するのを予防することであり、「自宅死亡割合」の増加ではない」²⁵⁾ともいわれている。

このような状況にあって、望む場所での療養や質の高い看取りを目指した包括的な取り組みである英国の“End of Life Care Strategy”³²⁾とその取り組みは、わが国の地域包括ケアシステム社会で質の高い看取りを実現するためのヒントになるだろう。

7. 小括 地域包括ケアシステム下のエンドオブライフケアにおけるソーシャルワークの意義

改めて、わが国で推進される地域包括ケアシステムとは、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる地域の包括的な支援・サービス提供体制」である。それは、直接的に看取りを意図しているか否かに関わらず、これまでも保健・医療・福祉の連携を含めたソーシャルワークの実践目標としてきたものであった。

しかしながら、人口高齢化や死亡場所の地域差は大きく、また今後、死亡者数の急増が見込まれている。そのような社会環境下で展開されるエンドオブライフケアのなかで、ソーシャルワークが果たす役割は何か。

地域レベルでみれば、当該地域が「自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる地域」なのか、地域アセスメントを進めることが挙げられる。

たとえば、地域相関分析から自宅死の割合に関連する医療福祉関連指標が示されている³³⁾が、当該地域の社会文化的な背景も含めたより詳細な地域分析が求められる。その中には、医療福祉サービスの整備状況のみならず、ソーシャルキャピタルが看取り場所の違いにも関連する可能性³⁴⁾をも認識する必要がある。

また、地域のなかで看取りを意図した医療と生活を統合するケアを実践するためには、地域住民の意識向上が欠かせない。今後、アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning ; ACP) の推進は、地域（コミュニティ）の課題ともなるだろう³⁵⁾。

エンドオブライフケアの実施主体である多職種に対しては、終末期ケア・マネジメントのための IPW を推進するなかで、ソーシャルワーカーのイニシアティブをいかに示すことができるのか、が鍵となる。恐らくそれは、地域内での連携力強化といった地域内の体制整備、個別ケースに対峙するチームに対するチーム力の強化への対処、本人や家族などに対する直接的な心理社会的支援など、多岐にわたるものである。

注釈

- ※1 日本エンドオブライフケア学会²⁾は、エンドオブライフケアを「すべての人に死は訪れるものであり、年齢や病気であるか否かに関わらず、人々が差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考え、最期までその人らしい生と死を支えること、ならびに生と死を見送った家族が生きることを支えるケア」と定義した。また、National Advisory Committee³⁾は、「高齢者の晩年期ケアは、進行性あるいは慢性で生命を脅かす状況を生き、あるいはそれによって死にゆく個々の高齢者を治療し、慰め、支援する、能動的で共感的なアプローチを必要とする。また、個人的、文化的そしてスピリチュアルな面での価値観、進行、習慣に気を配る。さらに、喪の期間も対象とし、家族や友人に対するケアも行う」とする。
- ※2 佐藤⁴⁾は「医師や看護師と比較して、ソーシャルワーカーが当事者の死を支えるということについて意識化されているとは言い難い状況にあることは否めない」とし、「看取りを含めた支援について検討しているのは、医療領域や、社会福祉領域の中でも高齢者分野に限定される傾向がある」⁵⁾ことを危惧している。
- ※3 一方で太田²³⁾は、地域包括ケア（システム）について、「ノーマライゼーションと社会保障費削減の両方の動きから登場してきたととらえることもできる」として、地域ケア（システム）からの新しさを指摘している。しかし、かつての地域ケアの議論においても、住民の願いに端を発する地域のケアシステム形成に向けた取り組みと、医療費抑制政策の一環としての地域ケア推進の2つの流れがみられた²⁴⁾。
- ※4 このような分類は概念的なものであり、井上¹¹⁾は、公立みつぎ総合病院などに代表される保健・医療・福祉を統合したサービス提供の実践、1990年代に議論された介護保険法にかかる「生活を支える介護」の議論、そもそもの医療が包括ケアに連なる性格を有する包括医療や全人医療という性格を有するものであったこと、の3つの系譜に整理している。
- ※5 ここではコミュニティソーシャルワークとしたが、厳密には、コミュニティワークとコミュニティソーシャルワークとの関係性も明らかにしなければならないだろう。ただし、多くの論者がそれぞれの視点から両者を論じており、議論の途上にある。そこで本論では、原田²⁶⁾の整理を参考に、ソーシャルワーカーとしての業務と専門性が求められるコミュニティソーシャルワークとして表現した。

※6 里見³⁰⁾は、「自助・共助・公助」概念のもつ問題性を指摘した上で、公助の新解釈も問題視している。つまり、社会福祉を救貧的・選別的福祉と捉えている点である。

文献

- 1) 地域包括ケア研究会（2017）『地域包括ケア研究会報告書—2040年に向けた挑戦—』三菱UFJリサーチ&コンサルティング。
- 2) 日本エンドオブライフケア学会（2018）「日本エンドオブライフケア学会（Japan Society for End-of-Life Care）設立趣旨」（<http://endoflifecare.jp/>, 2018.10.01）。
- 3) National Advisory Committee (2000) a guide to end-of-life care for seniors. (=2001, 岡田玲一郎監訳『高齢者の end-of-life ケアガイド—ときに治し、しばしば慰め、つねに癒す』厚生科学研究所)。
- 4) 佐藤繭美（2010）「緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割の検討」『現代福祉研究』（10），89-99。
- 5) 佐藤繭美（2014）「緩和ケアとソーシャルワーク」『社会福祉研究』（121），12-20。
- 6) 内閣府（2018）『平成30年版高齢社会白書』（http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html, 2018.10.01）。
- 7) 総務省統計局（2015）『平成27年国勢調査』（<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/index.html>, 2018.10.01）。
- 8) 国立社会保障・人口問題研究所（2013）『日本の地域別将来推計人口 平成25年3月推計—平成22（2010）～52（2040）年—』（<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/6houkoku/houkoku.pdf>, 2018.10.01）。
- 9) 国立社会保障・人口問題研究所（2017）『日本の将来推計人口 平成29年推計—平成28（2016）～77（2065）年—』（http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf, 2018.10.01）。
- 10) 日本創生会議 首都圏問題検討分科会（2015）「東京圏高齢化危機回避戦略—都三県連携し、高齢化問題に対応せよ」（<http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04.pdf>, 2018.10.01）。

- 11) 井上信弘 (2014) 「生活保障システムの転換と地域包括ケア」 宮本太郎編『地域包括ケアと生活保障の再編』明石書店, 79-117.
- 12) 内閣府 (2013) 『平成 24 年度高齢者の健康に関する意識調査結果』
(<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html>, 2018.10.01).
- 13) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 (2018) 『人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書』
(https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf, 2018.10.01).
- 14) e-Stat (2018) 『人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡』
(<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003214716>, 2018.10.01).
- 15) 終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010) 『終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について』
(https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/saisyu_iryoku/dl/saisyu_iryoku11.pdf, 2018.10.01).
- 16) 迫井正深 (2015) 「第 1 回都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議資料 (地域包括ケアシステムの構築)」
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000086353.pdf>, 2018.10.01).
- 17) 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 (2015) 『第 1 次報告 ～医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって～』
(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>, 2018.10.01).
- 18) 二木立 (2014) 『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房.
- 19) 厚生労働省 (2017) 『在宅医療にかかる地域別データ集』
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>, 2018.10.01).
- 20) 森本佳樹 (2011) 「地域福祉と「地域包括ケア」」 太田貞司・森本佳樹編『地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』光生館, 39-58.
- 21) 筒井孝子 (2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated care の理論とその応用』中央法規出版.
- 22) 川島ゆり子 (2007) 「コミュニティ・ケア概念の変遷—新たなケアの展開に向けて—」

- 関西学院大学社会学部紀要 (103), 73-84.
- 23) 太田貞司 (2014)「地域社会を支える「地域包括ケアシステム」」太田貞司・森本佳樹編『地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』光生館, 1-38.
- 24) 植田章 (1996)「保健・医療・福祉の連携—総合的な地域ケアの実現に向けて—」『社会学部論集』(29), 17-30.
- 25) 二木立 (2015)『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房.
- 26) 原田正樹 (2014)『地域福祉の基盤づくり—推進主体の形成』中央法規出版.
- 27) 猪飼周平 (2011)「地域包括ケアの社会理論への課題—健康概念の転換期におけるヘルスケア政策—」『社会政策』2 (3), 21-38.
- 28) 岡崎祐司 (2017)「歪められる地域包括ケアシステム 「我が事・丸ごと」をどうみるか—これは「地域共生社会」ではない」岡崎祐司・福祉国家構想研究会『老後不安社会からの脱却—介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店, 100-113.
- 29) 社会保障の在り方に関する懇談会 (2006)『今後の社会保障制度の在り方について』(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihousyoku/dai18/18siryou3.html>, 2018.10.10).
- 30) 里見賢治 (2014)「厚生労働省「自助・共助・公助」の特異な新解釈と社会保障の再定義—社会保障理念の再構築に向けて」『賃金と社会保障』(1610), 4-27.
- 31) 地域包括ケア研究会 (2013)『地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング.
- 32) Department of Health and Social Care (2008) End of Life Care Strategy: Promoting high quality care for all adults at the end of life.
(https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136431/End_of_life_strategy.pdf, 2018.10.01)
- 33) 杉本浩章 (2018)「基礎自治体の自宅死の割合に影響を及ぼす医療福祉関連指標」『ホスピスケアと在宅ケア』26 (3), 358-365.
- 34) 島田美喜 (2014)「地域での終末期の住民意識とソーシャルキャピタルとの関連要因の検討」『月刊地域医学』28 (3), 38-44.
- 35) 本家好文 (2018)「ACP を地域の文化に！」『週刊医学界新聞』第 3271 号
(http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03271_04, 2018.10.01).

第2章 メゾレベル・マクロレベルでみる地域包括ケアシステム社会の終末期ケアの課題

第1節 メゾレベルにおける課題；基礎自治体の自宅死の割合に影響を及ぼす医療福祉関連指標

1. 背景と第2章第1節の目的

内閣府による『高齢者の健康に関する意識調査』¹⁾によると、55歳以上の高年齢者は半数以上が最期を迎えたい場所に自宅を挙げている。しかし、家族介護力の低下などにより「自宅死の割合」の増加は現実的とはいえず、実際には、最期のときを迎えるまでの「居宅生活の限界点を高める」²⁾ことを目指した医療・福祉サービスの拡充が推進されている。

その一方で、2040年問題とも言われる「多死社会」を控え、死亡場所の将来推計から「看取り先の確保が困難」³⁾と危惧される。現状、自宅死の割合は13.0%に過ぎず、大多数が医療機関で最期を迎えている⁴⁾。一層の「多死社会」に向かう一方で、2025年問題に向けては、病床数の削減が目的の一つである地域医療構想⁵⁾もある。そのような社会情勢にあって、在宅生活の本人・家族の心構えとして、「孤独死を当然視した死に際の覚悟」が必要ともいわれる⁶⁾。

看取りにおける在宅医療の課題⁷⁾や看取った家族の満足度⁸⁾から、自宅の最期が最善とは限らない。しかし、ケアの質の向上を図るとともに、自宅での最期を望む声に応えうる体制の構築は急務である。

「自宅死の割合」にかかる地域相関分析などをみると、在宅医療を支える社会資源の充実度合いが関連しているとされる⁹⁻¹⁵⁾。また、自宅死の割合は、東京都小笠原村60.0%から熊本県津奈木町の1.3%までと基礎自治体ごとの差は大きい¹⁶⁾。

そこで本節では、地域包括ケアシステム下の終末期ケアの課題のうちメゾレベルの課題に焦点をあて、地域包括ケアシステムの深化・推進が図られている中での、基礎自治体における自宅死の割合に関連する医療福祉関連指標との関連を明らかにする。

2. 方法

在宅医療に関連する統計調査等を基礎自治体別に整理した「在宅医療にかかる地域別データ集」¹⁶⁾をもとに、他の諸指標を結合した上で、「自宅死の割合」と各因子の関係をみるために相関分析を行った。同データ集は分析時点で2016(平成28)年分を最新とするが、最も項目数の多い2014(平成26)年分を採用した。なお、同データ集による自宅死の割合

±標準偏差は $11.4 \pm 5.04\%$ である。

結合させた諸指標は、厚生労働省の介護サービス情報公表システム¹⁷⁾を用い、介護事業所・生活関連情報検索による、基礎自治体ごとの居宅介護支援事業所数と訪問介護事業所数である。また、財政力指数は総務省による『平成 26 年度地方公共団体の主要財政指標』¹⁸⁾も用いた。加えて、基礎自治体間の人口規模や高齢化率には差が大きいため、2014（平成 26）年度当時の政令指定都市（20 都市）と中核市（43 市）については、『平成 26 年介護サービス施設・事業所調査』¹⁹⁾の種類別の居宅サービス数も結合させた。

分析の第一段階として、Pearson の積率相関係数により基礎自治体の自宅死の割合と各種指標との相関関係を確認した。その際、2025 年時点の高齢化率（推定）とされる 30.0%を境界にして基礎自治体を 2 群にわけ、それぞれの群における相関関係をみた。次に、政令指定都市および中核市については、種類別の居宅サービス数を指標とした相関分析も行った。さらに、政令指定都市および中核市について、先の相関分析で有意であった指標を説明変数に、自宅死の割合を便宜的にスケール尺度とみなし、これを目的変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。

統計学的検定には、IBM SPSS Statistics 23 for Windows を用い、5 %未満を有意水準として分析した。

3. 結果

1) 基礎自治体の高齢化率で区分した相関分析

在宅医療にかかる地域別データ集をもとにした「自宅死の割合」と各項目間の相関については、谷田¹⁵⁾による詳細な報告がある。本分析では、まず、谷田報告についての追加分析を行った（表 1）。

1742 市区町村の平均高齢化率は 25.0%で、うち 770 市町村（44.2%）は、地域包括ケアシステムを整える目標時期とされる 2025 年時点の推定高齢化率 30.0%をすでに超えていた。なお、高齢化率 30.0%未満の基礎自治体における自宅死の割合が $12.1 \pm 5.63\%$ に対し、高齢化率 30.0%以上の基礎自治体は $10.5 \pm 4.40\%$ である。

「自宅死の割合」と基礎自治体の「高齢化率」との相関をみたところ、負の相関が認められた（Pearson の相関係数 $r = -0.142$ ，両側有意確率 $p < 0.001$ ）。これを高齢化率が低い 30.0%未満の基礎自治体と 30.0%以上の基礎自治体それぞれでみると、前者で負の相関（ $r = -0.183$ ， $p < 0.001$ ）であったのに対し、高齢化率が高い後者では正に相関（ $r = 0.084$ ， $p <$

0.05) していた。

また、全数でみると人口千人あたりの「在宅療養支援病院数」とは有意な相関はみられない。しかし、高齢化率 30.0%未満の基礎自治体に限れば、負の相関が認められた ($r=-0.093$, $p<0.01$)。

同様に、「小規模多機能型居宅介護事業所数」では有意な相関がないものの、高齢化率で基礎自治体を分けてそれぞれで相関をみると異なる結果が得られる。30.0%未満の基礎自治体では負の相関 ($r=-0.105$, $p<0.01$) が、高齢化率 30.0%以上の基礎自治体では正の相関 ($r=0.079$, $p<0.05$) が認められた。

表1 基礎自治体の高齢化率で区分した「自宅死の割合」との相関関係

項目	自宅死の割合	p 値
高齢化率	−0.142	***
基礎自治体 高齢化率 30.0%以上	0.084	*
高齢化率 30.0%未満	−0.183	***
在宅療養支援病院	−0.029	n.s.
基礎自治体 高齢化率 30.0%以上	0.014	n.s.
高齢化率 30.0%未満	−0.093	**
在宅療養支援診療所	0.093	***
基礎自治体 高齢化率 30.0%以上	0.087	*
高齢化率 30.0%未満	0.114	***
看取りを実施する診療所	0.256	***
基礎自治体 高齢化率 30.0%以上	0.297	***
高齢化率 30.0%未満	0.254	***
介護療養型医療施設病床	−0.125	***
基礎自治体 高齢化率 30.0%以上	−0.111	***
高齢化率 30.0%未満	−0.147	***
小規模多機能型居宅介護	0.003	n.s.
基礎自治体 高齢化率 30.0%以上	0.079	*
高齢化率 30.0%未満	−0.105	**

注 1) 項目の医療機関・居宅サービス等は人口千人あたり

注 2) 値は Pearson の相関係数

注 3) ***= $p < 0.001$ **= $p < 0.01$ *= $p < 0.05$

2) 居宅サービス等の結合データによる相関分析

在宅医療にかかる地域別データ集に、基礎自治体ごとに「居宅介護支援事業所数」、「訪問介護事業所数」、「財政力指数」を結合し相関分析した結果が表 2 である。

人口千人あたりの「居宅介護支援事業所数」と「訪問介護事業所数」は、ともに「自宅死の割合」との有意な相関はみられない。しかし、高齢化率 30.0%以上の基礎自治体にお

いては、「居宅介護支援事業所数」で正の相関（ $r=0.180$, $p<0.001$ ）が認められた。

また、基礎自治体の財政力指標と有意な相関がみられたが、高齢化率 30.0%未満の基礎自治体においてのみで正に相関（ $r=0.123$, $p<0.001$ ）していた。

表 2 結合データによる「自宅死の割合」との相関関係

項目		自宅死の割合	p 値
居宅介護支援		0.038	n.s.
基礎自治体	高齢化率 30.0%以上	0.180	***
	高齢化率 30.0%未満	-0.057	n.s.
訪問介護		-0.037	n.s.
基礎自治体	高齢化率 30.0%以上	-0.001	n.s.
	高齢化率 30.0%未満	-0.002	n.s.
財政力指数		0.165	***
基礎自治体	高齢化率 30.0%以上	0.041	n.s.
	高齢化率 30.0%未満	0.123	***

注 1) 居宅介護支援と訪問介護は人口千人あたりの事業所数

注 2) 値は Pearson の相関係数

注 3) ***= $p<0.001$ **= $p<0.01$ *= $p<0.05$

3) 政令指定都市・中核市における居宅サービスの結合データによる相関分析

政令指定都市・中核市において、「平成 26 年介護サービス施設・事業所調査」基本票の居宅サービス 11 種類（人口千人あたりの事業所数）について、「自宅死の割合」との相関をみた。

その結果、4 項目において有意な負の相関がみられた（表 3）。

最も相関係数が高かったのは、「短期入所療養介護事業所数」の $r=-0.443$ ($p<0.001$) で、次いで「通所リハビリテーション事業所数」($r=-0.423$, $p<0.01$)、「短期入所生活介護事業所数」($r=-0.393$, $p<0.01$)、「通所介護事業所数」($r=-0.330$, $p<0.01$) の順であった。

表3 政令指定都市・中核市における「自宅死の割合」との相関関係

項目	自宅死の割合	p 値
訪問介護	0.087	n.s.
訪問入浴介護	0.014	n.s.
訪問看護ステーション	0.077	n.s.
通所介護	-0.330	**
通所リハビリテーション	-0.423	**
短期入所生活介護	-0.393	**
短期入所療養介護	-0.443	***
特定施設入居者生活介護	-0.008	n.s.
福祉用具貸与	-0.067	n.s.
特定福祉用具販売	-0.106	n.s.
居宅介護支援	-0.012	n.s.

注1) 項目は人口千人あたりの事業所数

注2) 値は Pearson の相関係数

注3) ***= $p < 0.001$ **= $p < 0.01$ *= $p < 0.05$

4) 多変量解析の結果

高齢化率 30%未満の基礎自治体で有意な相関がみられた7指標と、政令指定都市・中核市において相関がみられた4指標を説明変数とし、自宅死の割合を便宜的にスケール尺度とみなし、これを目的変数とした重回帰分析を行った。

その結果、多重共線性には問題なく、3つの指標において有意な相関が認められた(表4)。自宅死の割合に関連する強さを示す標準偏回帰係数がもっとも高かったのは、看取りを実施する診療所数(0.462)で、通所介護事業所数(-0.285)と短期入所生活介護事業所数(-0.252)の2つの福祉サービスは負の相関であった。

表 4 自宅死の割合を目的変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）

指標	標準偏回帰係数（ β ）	p 値
人口千人あたり短期入所療養介護事業所数	-0.242	0.064
人口千人あたり看取りを実施する診療所数	0.462	0.000
人口千人あたり通所介護事業所数	-0.285	0.028
人口千人あたり短期入所生活介護事業所数	-0.252	0.030

注 1) $n=63$ $R=0.655$ $R^2=0.429$

注 2) ステップワイズ法で最終的に回帰式に投入された変数を示した（投入の基準 F 値 $p<0.05$ ）

5. 考察

本調査は「在宅医療にかかる地域別データ集」をもとにしているが、複数の調査を結合したデータ集であり、各項目のデータ収集時期にはずれがある。今回、結合したデータについても同様で、介護サービス情報公表システムによる検索は 2018（平成 30）年 3 月であった。また、本調査は横断的研究であり、自宅死の割合と関連がみられた指標が直接に因果関係を示すとは限らない。ただし、時間的な順序でいえば、これらの指標は自宅死の割合が決定する以前に存在することから、因果関係を示唆する可能性は高い。

これらを踏まえたうえで、2つの視点から考察する。

1) 地域のなかで看取りができる地域内の連携体制構築が重要

これまでの地域相関分析では、入院病床の多さ^{9) 10) 12) 15)}といった入院医療アクセスの良さは自宅死の割合と負に相関し、在宅療養支援診療所数には正の相関¹²⁾が報告されている。本調査でも、人口あたりの在宅療養支援病院数（ただし、高齢化率 30%未満の基礎自治体）や介護療養型医療施設数に負の相関がみられ、基礎自治体ごとでみた場合でも同様に、入院病床の多さは自宅死の割合を低める可能性が示された。

しかし、かつての日本の自宅死の割合の高さは、十分な入院医療を受けられない結果²⁰⁾であった可能性があり、今日でも病床確保の困難さが自宅死の多さにつながったことも考えられる⁹⁾。国民の自宅死に対する希望は多い¹⁾とはいえ、介護の負担などから実際には自宅での最期は困難との考えも強い²¹⁾。自宅死の割合を低めるとしても、入院医療アクセ

スの良さという地域特性は否定的に捉えるべきものではない。

一方で、ステップワイズ法による重回帰分析では、それらの指標や正の相関があった在宅療養支援診療所数は回帰式に投入されず、もっとも強く関連したのは、看取りを実施する診療所数であった。この結果は、武林の調査²²⁾とも矛盾しない。

このことから、自宅死の割合により影響を及ぼすのは、医療機関の数というサービス供給量ではなく、自宅での看取りに対する主治医の積極的な姿勢²⁰⁾と、その積極性に基づく地域内の連携体制整備の取り組みであると考えられる。事実、在宅療養支援診療所の緊急往診の回数と自宅死亡者数は関連している²³⁾。本来、在宅療養支援診療所はそのような体制づくりに秀でているはずであり、その役割と機能をより活かすことができる手立ての必要性も示唆される。

なお、基礎自治体の高齢化率で2群にわけ、それぞれの群で自宅死の割合と関連する指標をみたところ、全体では有意な相関が認められない指標でも、弱いながらも群ごとでは相関がみられた指標があった。また、2群それぞれで正負の相関に分かれた指標もみられた。自宅死の割合には「伝統的な家族が看取る意識」が影響する可能性²⁰⁾があり、人口密度との関連¹²⁾という地理的な条件もあるなど、サービス供給量などの指標だけでは説明できない。地域在宅医療基盤の進展状況は地域によって大きな開きがあり²⁴⁾、地域包括ケアシステム下での看取りの体制を考えていくうえでは、より厳密な地域相関分析が求められる。

2) 居宅福祉サービスの整備が自宅死の割合を低める可能性がある

都道府県レベルでの地域相関分析では、かつて、介護保険制度の短期入所に関する資源の指標は自宅死と正の相関があった¹¹⁾。しかし、基礎自治体ごとの地域相関分析では、ステップワイズ法により最終的に回帰式に投入された3つの居宅サービスいずれも、自宅死の割合と負の相関がみられた（ただし、短期入所療養介護のp値は0.064）。

なぜなのか。これらの指標が訪問ではなく通所あるいは短期入所のサービスという種別が影響している3つの可能性が考えられる。

1つは、自宅死が可能となる家族介護力の程度である。現状の介護保険サービスは、多くの場合が家族介護を補完する形で展開される。そもそも通所や短期入所のサービス利用者層では家族介護力が低く、地域内でそれらの事業所数が充実することで居宅生活の限界点が高まったとしても、自宅での看取りにまでは至らない可能性がある。事実、家庭の環

境などを理由として、自宅死が増えることは難しいとの見方がある²⁵⁾。

2つめに、利用者や家族を支える事業所側の受け入れ体制が影響することもあると考えられる。短期入所生活介護の調査²⁶⁾によると、利用を断ったことがある理由として、満床によるものを除けば医療処置やBPSDに対応できないことが挙げられ、半数近い事業所が「医療処置を必要とする利用者の受け入れ態勢の構築」を課題と認識している。また、利用者の多くは、日常的には通所介護を利用しながら自宅生活を送っていると考えられている。仮に、このように心身の状況に対応できない事業所が地域に多数あれば、医療依存度が高まれば自宅療養を諦めざるをえない、という土壤がつくられる可能性も否定できないだろう。

3つめには、通所や短期入所のサービスを利用することによる利用者や家族の意識変化である。終末期ケアは、大衆セクター、専門職セクター、民俗セクターの3つの多角的医療システムに位置づけ整理できる²⁷⁾。訪問サービスであれば、自宅という大衆セクターの場においてサービスを受けるが、通所あるいは短期入所の場合には、自宅から離れた専門職セクターの場でのサービス提供となる。専門職セクターの場やそこでのケアが日常的なものとなることで、大衆セクターでの最期にこだわらないという看取りの場の選択に影響を与えたことも考えられる。介護を依頼したい人として介護職を挙げる高齢者は多くなり、女性の場合には約4割(39.5%)と、配偶者(19.3%)や子(31.7%)を上回っている²⁸⁾。また、介護保険制度の創成期には、自宅死の割合と子との同居割合には強い相関がみられたが、すでにその関係は消失している²⁹⁾。介護保険サービスが定着した今日においては、家族介護力の豊かさが自宅死の割合の高さにつながるとは言えず、その可能性は高い。

6. 小括

基礎自治体における自宅死の割合に関連する医療福祉関連指標を明らかにすることを目的とし、既存の公開されている諸データを結合させ、地域相関分析を行った。基礎自治体の自宅死の割合と相関関係にある指標はいくつかあるが、その相関の仕方は基礎自治体の高齢化率によって正負にわかれるなど違いがみられた。また、政令指定都市と中核市に限定し、重回帰分析を行ったところ、看取りを実施する診療所数は自宅死の割合に正に相関したが、通所あるいは短期入所のサービス事業所数は負に相関した。

最期の場所の選択は、医療福祉関連指標だけで説明できるものではなく、今後さらに高齢化が進むなかでは、高齢化率も含めた多角的な地域診断とその結果に基づく方策の検討が求められると思われる。

文献

- 1) 内閣府（2013）『平成 24 年度 高齢者の健康に関する意識調査結果』
(<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html>, 2018.06.20).
- 2) 内閣官房（2012）『社会保障・税一体改革大綱』（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）
(<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kakugikettei/240217kettei.pdf>,
2018.06.20).
- 3) 厚生労働省（2015）（平成 27 年 5 月 19 日 第 1 回都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議資料）「地域包括ケアシステムの構築」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000086353.pdf>, 2018.06.20).
- 4) 厚生労働省（2017）『人口動態調査 平成 28 年（2016）人口動態統計』
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/index.html>,
2018.06.20).
- 5) 日本経済新聞 電子版（2015 年 6 月 15 日付）「病床数を最大 20 万床削減 25 年政府目標、30 万人を自宅に」
(https://www.nikkei.com/article/DGXLASFS15H75_V10C15A6EE8000/,
2018.06.20).
- 6) 地域包括ケア研究会（2013）『地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング.
- 7) 杉本浩章・近藤克則・樋口京子・他（2007）「緩和ケア用 MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性」『病院管理』44（3），243-251.
- 8) 樋口京子・近藤克則・牧野忠康・他（2001）「在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関連する要因の検討—終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から—」『厚生指標』48（13），8-15.
- 9) 五十嵐美幸・佐藤一樹・清水恵・他（2014）「がん患者および全死因の都道府県別自宅死亡割合と医療社会的指標の地域相関分析」『Palliative Care Research』9（2），114-121.
- 10) 宮下光令・白井由紀・三條真紀子・他（2007）「2004 年の都道府県別在宅死亡割合と医療・社会的指標の関連」『厚生指標』54（11），44-9.
- 11) 定村美紀子・馬場園明（2005）「介護保険制度による介護資源の指標と死亡場所との関

- 連 高齢社会にマッチした介護保険制度による資源の充実を求めて」『厚生指標』52 (1), 8-14.
- 12) 岸田研作・谷垣静子 (2011) 「在宅療養支援診療所による看取り数に影響する地域特性」『厚生指標』58 (2), 27-30.
- 13) Barbara Gomes, Irene J Higginson. (2006) Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. BMJ332, 515-21.
- 14) Joachim Cohen, Dirk Houttekier, Bregje Onwuteaka-Philipsen, et al. (2010) Which Patients With Cancer Die at Home? A Study of Six European Countries Using Death Certificate Data. J Clin Oncol28, 2267-73.
- 15) 谷田憲俊 (2016) 「在宅医療にかかる地域別データ集」からみえる自宅死と老人ホーム死の現状」『ホスピスケアと在宅ケア』24 (2), 111-114.
- 16) 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集 (更新日:平成 29 年 11 月 22 日)」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>, 2018.06.20)
- 17) 厚生労働省「介護サービス情報公表システム」(<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>, 2018.06.20)
- 18) 総務省 (2016) 『平成 26 年度地方公共団体の主要財政指標一覧』(http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/H26_chiho.html, 2018.06.20).
- 19) 厚生労働省 (2015) 『平成 26 年介護サービス施設・事業所調査』(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service14/index.html>, 2018.06.20).
- 20) 杉本浩章・近藤克則・樋口京子・他 (2003) 「在宅死亡患者割合に関連する因子の研究—全国訪問看護ステーション調査—」『老年社会科学』25 (1), 37-47.
- 21) 終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010) 『終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について』(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23-att/2r9852000000ypwi.pdf>, 2018.06.20).
- 22) 武林亨 (2012) 『平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究』(<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201005025A>, 2018.10.11).
- 23) 松川真葵・福山由美・中北裕子・他 (2017) 「三重県の在宅療養診療所における自宅で

の死亡に関連する活動状況についての検討」『畿央大学紀要』14（2），51-57.

- 24) 野村真美・出口真弓・吉田澄人（2011）「在宅医療を担う診療所の現状と課題―「診療所の在宅医療機能に関する調査」の結果から―」『日医総研ワーキングペーパー』（233）1-123.
- 25) 鈴木康裕（2011）「新春インタビュー 透明性を図り診療側と支払側が同じ土俵で議論できる場をつくる」『社会保険旬報』（2446），38-42.
- 26) 日本介護支援専門員協会（2015）『短期入所生活介護におけるレスパイトのあり方及び在宅生活の継続に資するサービス提供の在り方に関する調査研究事業報告書』（<https://www.jcma.or.jp/roken3-cover-contents-outline.pdf>, 2018.10.11）.
- 27) 村岡潔（2018）「死に臨む医療 End of Life Care を担う人々の役割」『佛教大学総合研究所共同研究成果報告論文集』（6），157-168.
- 28) 内閣府（2018）『平成 29 年度 高齢者の健康に関する意識調査結果』（<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h29/zentai/index.html>, 2018.10.11）.
- 29) 二木立（2014）『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房.

本節は、『ホスピスケアと在宅ケア』26（3）に掲載された自著「基礎自治体の自宅死の割合に影響を及ぼす医療福祉関連指標」により，当該論文の著作権は日本ホスピス・在宅ケア研究会に属する．

第2節 マクロレベルにおける課題；世帯の経済水準と死の格差問題

1. 背景と第3章第2節の目的

社会階層間で健康状態に違いがみられる「健康格差」は、海外で1980年代から研究の蓄積が進み、その是正に向けて、今後さらに研究を進めるようWHO（World Health Organization:世界保健機関）の委員会が勧告している¹⁾。

一方、日本においては、ようやく健康格差が注目されるようになり、その実態が徐々に明らかにされている²⁾。

たとえば、高齢者の社会階層のうち所得に着目すれば、所得の低い者ほど、社会的サポートの授受が乏しく、口腔や栄養の状態は悪く、うつや不眠の割合が高い³⁾。また、低所得層においては、医療へのアクセスが悪いなど、受けられる医療にも格差があることが報告されている⁴⁻⁶⁾。

高齢者の健康状態や社会的サポート、医療へのアクセスに、社会経済的因子が影響するのであれば、終末期や看取りのケアにおいても、何らかの影響がみられる可能性がある。しかしながら、日本において終末期ケアにおける格差を検証した報告は、検索し得た範囲ではみられない。

そこで本節では、マクロレベルにおける課題として終末期ケア格差に焦点をあてる。介護保険制度導入前と導入後の2つの調査をもとに、終末期ケアの実態を世帯の経済水準で比較分析し、終末期ケアにおける格差の存在の有無を検討する。

2. 研究対象と方法

本節では、2つの調査データを用いる。ひとつは日本福祉大学終末期ケア研究会が3次にわたって行った、高齢者の終末期ケアに関する全国調査のうち第2次調査のデータ（調査A）、もうひとつは、先の調査の追加調査として実施した、介護支援専門員を対象とした調査のデータ（調査B）である。

1) 調査A（全国調査）

調査の詳細は、すでに書籍⁷⁾として発表済みであることから、ここでは概要のみ述べる。

調査対象は、1998（平成10）年8月時点での全国すべての訪問看護ステーション2,935事業所のうち、第1次調査において「第2次調査に協力する」と回答した856事業所（29.2%）

である。

調査方法は、質問紙を用いた郵送調査で、1999（平成 11）年 9 月～11 月までの 3 か月間に死亡したすべての利用者の情報を求めた。その結果、427 事業所（回収率 49.9%）から 1,422 人分の情報提供があり、うち、65 歳以上の高齢者で世帯の経済水準について回答のあった 1,265 人を分析対象とした。なお、調査票への記載者は、当該ケースを担当した訪問看護師（以下、担当看護師）である。

分析対象である訪問看護を受けた後に死亡した利用者と、介護に携わった家族、および関わった専門職の概要を表 1 に示す。

利用者の平均年齢は 82.8 歳で、主な病名では脳血管障害（30.4%）と悪性腫瘍（26.3%）がそれぞれ約 3 割を占めていた。死亡 6 か月前の日常生活自立度では C ランクであった者は約 3 割（33.3%）であった。

世帯類型でみると、2 世代同居が 478 人（37.8%）と最多で、3 世代同居（365 人、28.9%）と続いた。家族の介護状況は、主介護者の半数以上（55.9%）は子世代であり、内訳は、嫁（27.5%）、娘（22.9%）、息子（5.1%）等であった。家族の「介護力」（介護に専念できる主介護者を 1 人、補助的介護者を 0.5 人として表したもの）では、1.5 人以上が約 6 割（59.8%）を占めた。

質問票は、Donabedian⁸⁾による「構造 (structure) —過程 (process) —成果 (outcome)」の枠組みをもとに、Albrecht⁹⁾が在宅ケア用に拡張した評価モデルなどを参考に設計した^{10,11)}。

質問内容は、①利用者・家族の属性、②臨死期から死亡までの状況、③ケア過程、④ケアを終えての評価（「介護者の満足度」および「死および死に至る過程の質」に対する評価）、⑤関わった各専門職属性、の 5 領域にわたる合計 87 項目である（A 4 判で 10 頁）。④ケアを終えての評価については、家族が発していた言葉をメモしてもらい、それを根拠に担当看護師が推定した「介護者の満足度」を 5 段階（悔いが残る、やや悔いが残る、ふつう、まあ満足、満足）で尋ねた。また、「死および死に至る過程の質」に対する評価は、担当看護師の立場からみた当該ケースの死に至る過程について、それが質の高いものであったか否かの自己評価も 5 段階（まったくそうは思わない、そうは思わない、まあまあ、そう思う、非常にそう思う）で問うたものである。

なお、ケア過程については、橋本ら¹²⁾の分類を参考に、次の 4 つに区分した。①訪問開始期：訪問開始前後から 2 週間までの期間、②安定期：訪問開始後 3 週間ごろから終末

期の前までの期間，③終末期：死亡の1週間前頃から死亡3日前ごろまでの期間，④臨末期：死が差し迫っている兆候が現れた死亡3日前ごろから死亡までの期間。

分析は，利用者世帯の経済水準で5群（低い，やや低い，ふつう，やや余裕あり，余裕あり）にわけ，各種因子の割合を比較した．利用者世帯の経済力は，生活保護世帯レベルの経済力を「低い」として，担当看護師が判断したものである．利用者世帯の経済力の分布は，ふつう（616人，48.7%），余裕あり（276人，21.8%），やや余裕あり（235人，18.6%），やや低い（97人，7.7%），低い（41人，3.2%）の順に多かった．

統計学的検定には，SPSS 16.0 J for Windows を用い，設問ごとに「不明」「記入なし」を除いたものを有効回答とみなし， χ^2 検定で5%未満を有意とした．

表1 在宅高齢者本人および家族の主な属性

項 目	在宅高齢者本人および家族の属性
死亡平均年齢±標準偏差：歳	全体 82.8±8.1，男性 80.9±7.7，女性 84.8±8.1
訪問看護開始時の主な病名：人（%）	脳血管障害 384（30.4），悪性腫瘍 333（26.3），呼吸器疾患 99（7.8），心疾患 89（7.0）等
日常生活自立度Cランク*：人（%）	死亡6か月前 421（33.3），死亡1か月前 769（60.8）
世帯類型：人（%）	独居 55（4.3），高齢者夫婦世帯 301（23.8），2世代同居 478（37.8），3世代同居 365（28.9）
主介護者：人（%）	配偶者 480（37.9），子世代 707（55.9）
介護力**：人（%）	1.5人以上に相当 756（59.8），1.0人に相当 362（28.6） 補助的介護者1人以下に相当 106（8.4）等
経済力：人（%）	低い 41（3.2），やや低い 97（7.7），ふつう 616（48.7） やや余裕あり 235（18.6），余裕あり 276（21.8）

※ n=1,265

※ *厚生省（当時）の「障害老人の（寝たきり度）判定基準」

※ **介護に専念できる主介護者を1人，補助的介護者を0.5人として表したもの

2) 調査 B (追加調査)

調査対象は、A 市内すべての居宅介護支援事業所 623 事業所（2013（平成 25）年 12 月 1 日時点）であり、調査方法は質問紙を用いた郵送調査とした。回答者については、2013（平成 25）年 4 月～同年 11 月末日までの間に看取り終えた利用者の介護支援専門員（複数例ある場合は直近 1 例）を指定し、2013 年 12 月に配付・回収した。調査対象とした介護支援専門員 225 人から回答が得られ、そのうち 143 名が当該期間内に看取りに携わっており、かつ、利用者の経済水準について回答のあった 49 人を分析対象とした。

質問票は A 4 版で 10 頁、質問内容は 6 領域 48 項目で構成した。そのうち、本分析では、先の全国調査に準じ次の項目を取り上げた。

- 1) 介護環境：世帯類型，主介護の続柄，介護力，主な疾患
- 2) 介護過程：介護支援専門員と利用者や家族との話し合い状況，症状マネジメント，療養上・介護上の望みや願いの実現の程度
- 3) 看取り状況：死亡場所，死亡前 1 週間の生活の質，死および死に至る過程の質

分析は、12 段階に分かれた介護保険料の賦課段階のうち、経済水準が低い第 3 段階以下と第 4 段階を超える 2 群に分け、両群間での各種因子の割合を比較した。第 3 段階以下とは、生活保護受給に相当する第 1 段階から、世帯全員が市町村民税非課税で利用者の公的年金等の収入金額と合計所得金額の合計が 120 万円以下までの第 1 号被保険者である。

統計学的検定には、IBM SPSS Statistics 23 for Windows を用い、設問ごとに「不明」「記入なし」を除いたものを有効回答とみなし、 χ^2 検定および Fisher の直接確率法で 5 % 未満を有意とした。

3. 結果

1) 調査 A (全国調査)

以下には、終末期ケアの構造（介護環境）—介護過程—成果の流れに沿って、世帯の経済水準間の比較分析結果を示す。

(1) 世帯の経済水準でみた介護環境

介護者の属性をみたところ、経済水準が「ふつう」以上の 3 群では、主介護者が「嫁」

の割合が約3割を占めているのに対し、「やや低い」世帯で2割弱、「低い」世帯では嫁が0人で、代わりに「息子」の占める割合が15%前後と高かった ($\chi^2=41.8$, $p<0.001$).

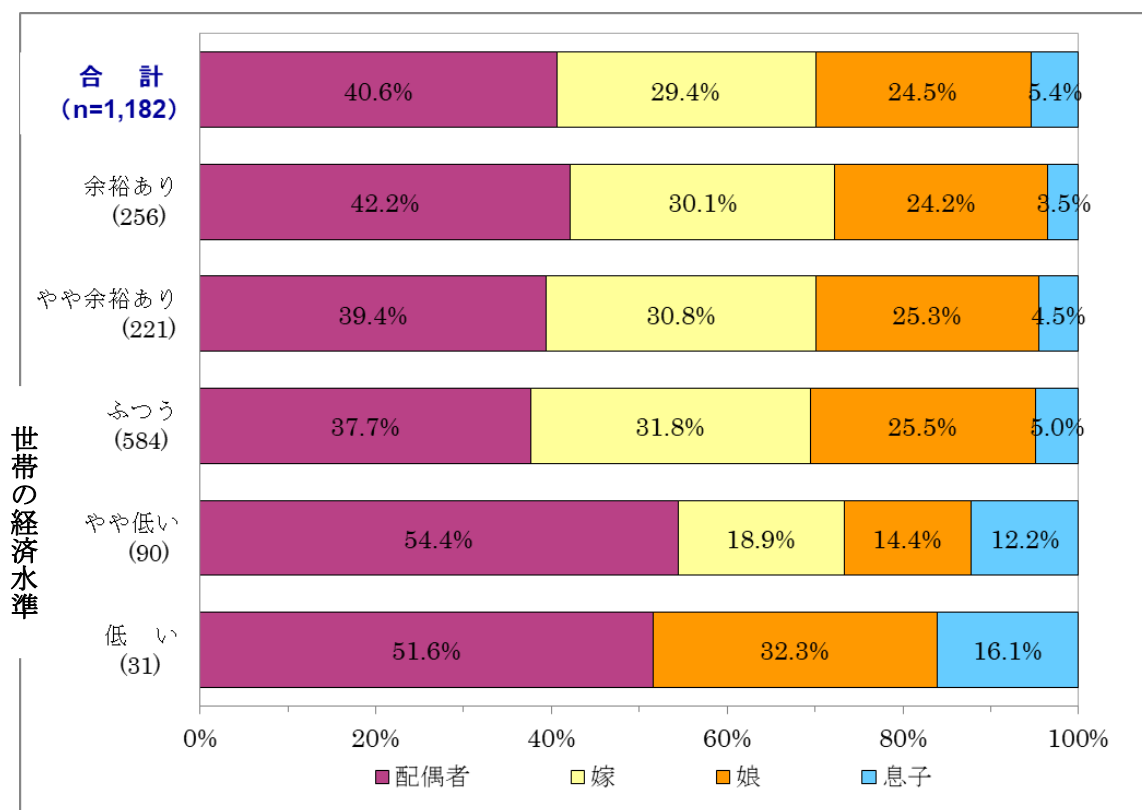


図1 世帯の経済水準別 主な介護者

介護力が「主介護者2人以上に相当する割合」をみると、経済水準の「余裕あり」世帯では、24.0%が該当したものの、「低い」世帯では2.4%にとどまった ($\chi^2=131.0$, $p<0.001$).

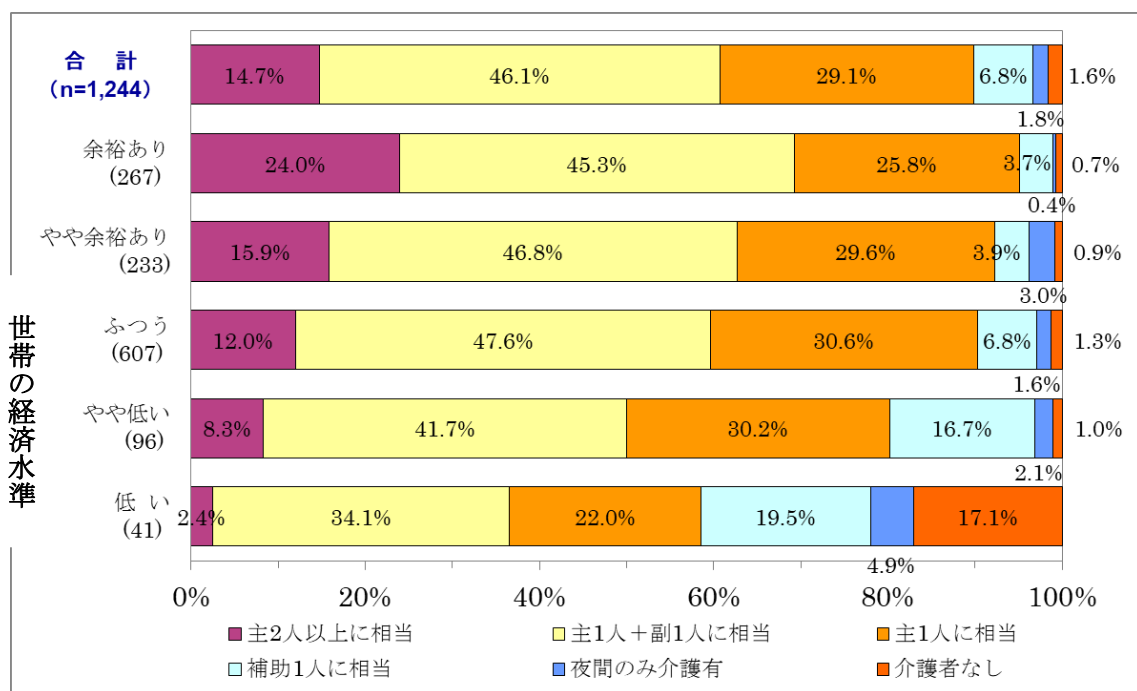


図2 世帯の経済水準別 介護力

在宅療養の開始理由を問うたところ、経済水準が高い層では「家族や友人と過ごす時間を大切にしたい」の占める割合が半数を超え、経済水準の「余裕あり」世帯では58.6%を占めたが、「低い」世帯では24.2%と半分以下の水準であった ($\chi^2=19.8$, $p<0.01$).

また、有意な差ではなかったものの、経済水準が高くなるほど「希望はなかったがやむを得ず」の割合が少ない傾向がみられた。経済水準が「ふつう」以上の3群では1割前後であるのに対し、「低い」世帯では18.2%であった ($\chi^2=8.2$, $p=0.085$).

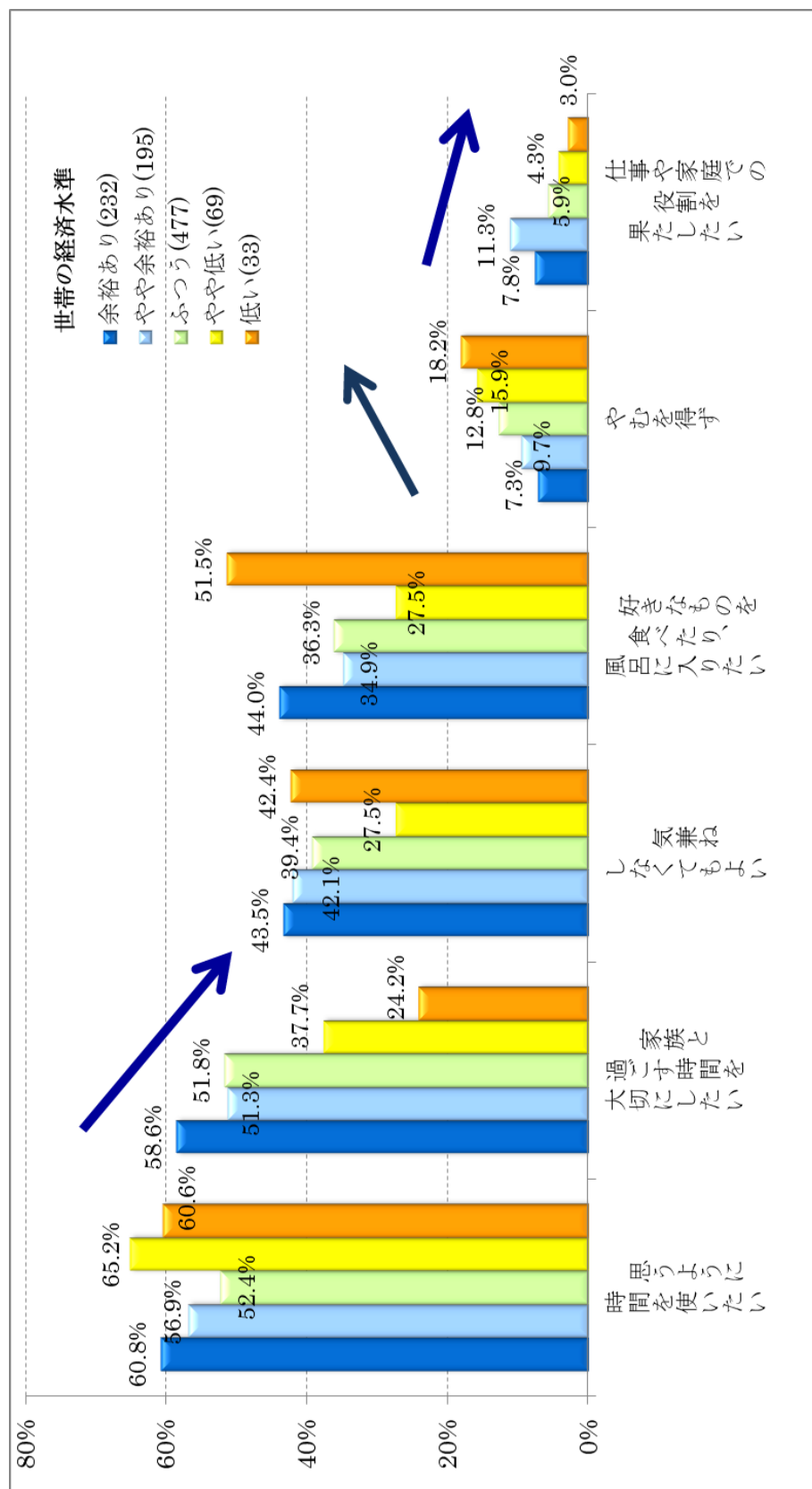


図3 世帯の経済水準別 在宅療養を開始した理由

看取り場所の家族の希望は、経済水準が「ふつう」以上の3群では、「自宅での看取りの意思表示あり」の割合が6割～7割程度であったが、経済水準が低い2群では、ともに5割台と少なかった ($\chi^2=14.7$, $p<0.01$).

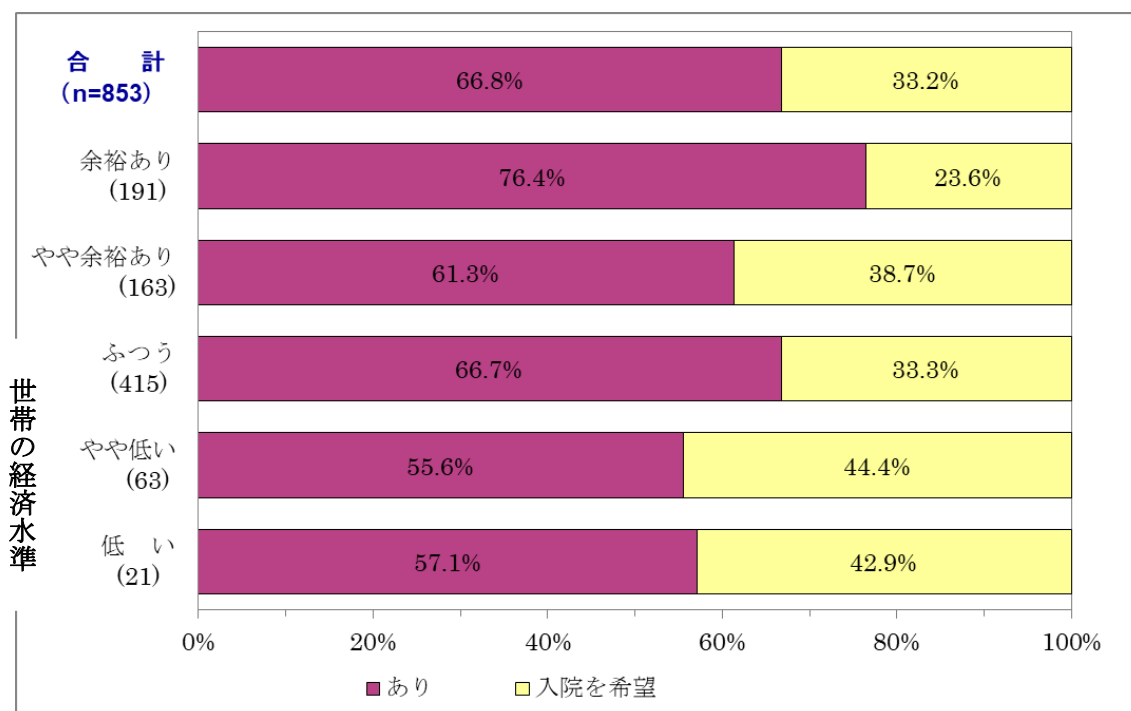


図4 世帯の経済水準別 自宅での看取りの意思表示

なお、本人の身体状態について、診断された疾患数の違いをみたが、経済水準との有意な差はなかった。また、本人の「自宅で死にたい」という意思表示についても、世帯の経済水準との関連は確認できなかった。

(2) 世帯の経済水準でみた介護過程

経過中に安定期があった利用者 1,262 人において、福祉等サービスの利用状況をみた。利用サービス数が3つ以上の割合は、経済水準が「ふつう」世帯から上の3群では、約10～20%程度みられた。それに対し、「やや低い」世帯では25.0%、「低い」世帯では36.6%と、より多くのサービスを利用していた ($\chi^2=32.9$, $p<0.001$).

また、この時期における、家族による終末期にある患者の状況の理解度を5段階で問うたところ、経済水準が「ふつう」世帯から上の3群では、約60～74%が「(ほぼ) 理解」していたが、経済水準が低い2群では、約44%～47%と理解の程度が劣った ($\chi^2=52.1$,

p<0.001).

この傾向は、臨死期においても同様で、終末期から臨死期に至る過程を自宅で過ごした726人でみると、経済水準が高いほど状況を理解している家族の割合が高かった($\chi^2=16.0$, p<0.05).

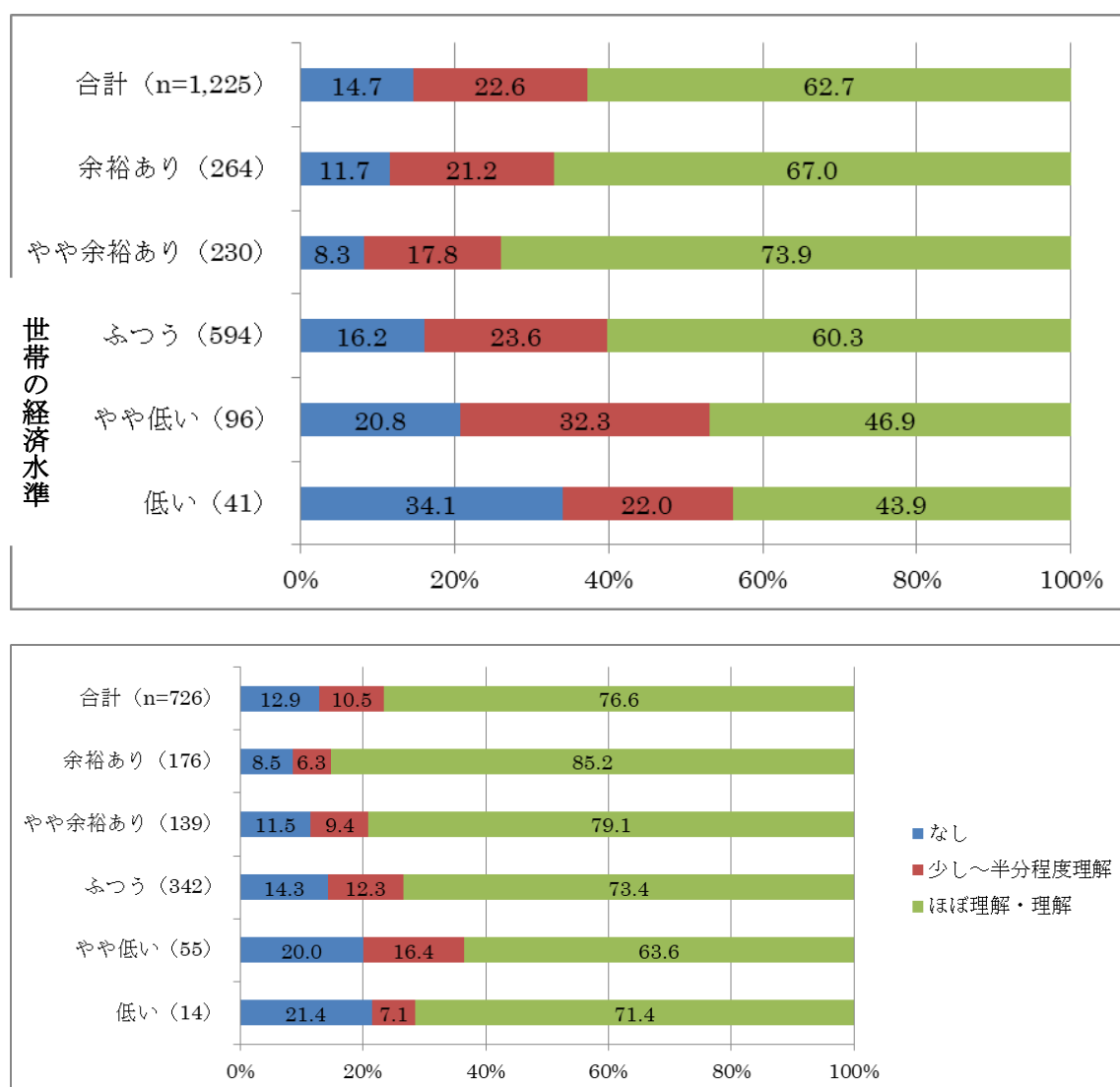


図5 世帯の経済水準別 家族の状況の理解度

死亡場所が自宅以外の580人について、入院・入所した理由をみたところ、経済水準が「低い」世帯においては、「介護力の不足」を理由とする割合が高く、他の群では1～2割程度であるのに対し、半数近く(46.2%)が理由の一つに挙げていた($\chi^2=13.8$, p<0.01).

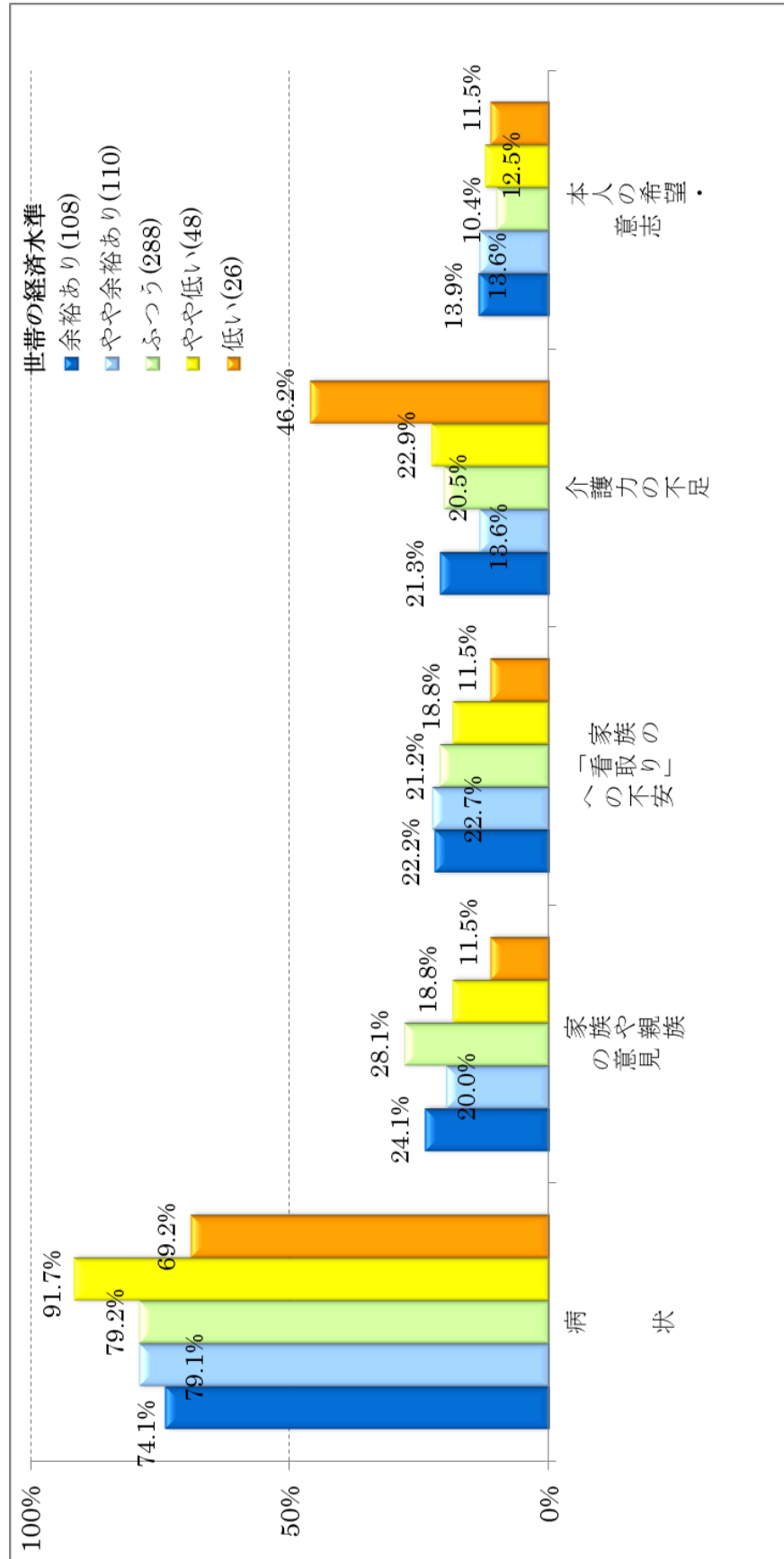


図6 世帯の経済水準別 入院・入所理由

在宅療養の継続について、その意思に「揺らぎ」があった割合をみると、経済水準が「ふつう」世帯から上の3群では、約38～51%であった。一方で、経済水準が低い2群では、86.7%と「揺らぎ」の頻出割合が高かった ($\chi^2=27.8$, $p<0.001$)。

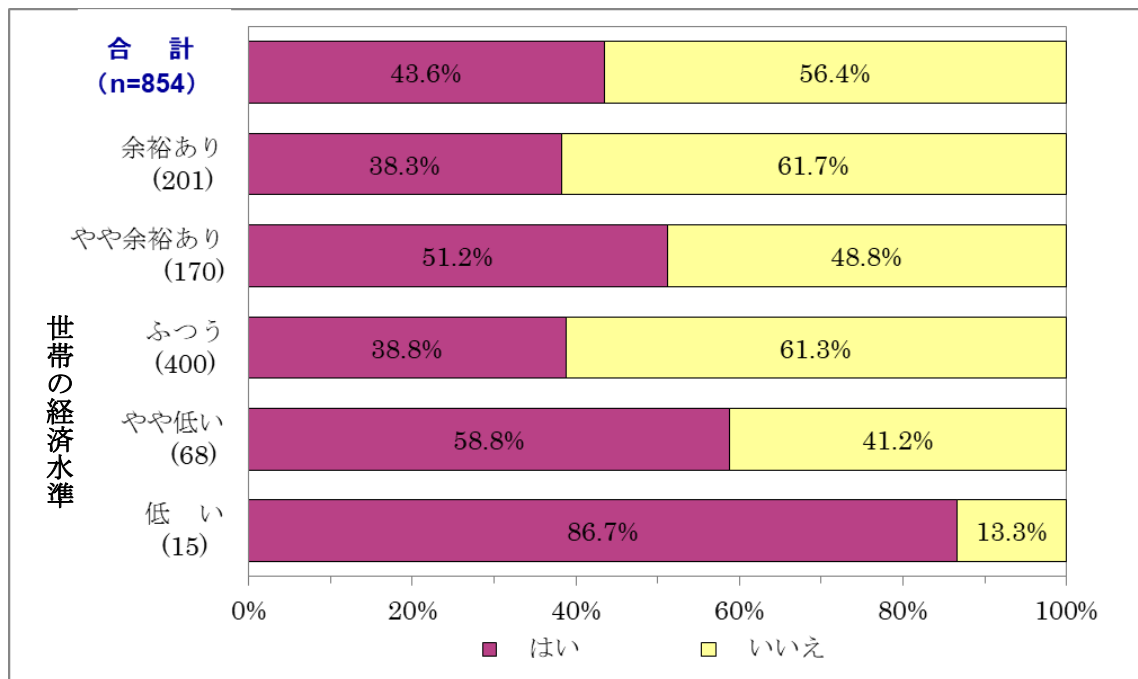


図7 世帯の経済水準別 在宅療養の継続への揺らぎの有無

前出の在宅療養の開始理由に対し、「希望はなかったがやむを得ず」を除く、「家族や友人と過ごす時間を大切にしたい」など肯定的なものについて、その実現度についても5段階で問うた。実現できたかについて、「非常にそう思う」と「そう思う」を合わせた割合は、経済水準が「余裕あり」世帯で70.1%であった。「やや余裕あり」世帯で66.3%、「ふつう」世帯で58.6%、「やや低い」世帯で50.9%、「低い」世帯で37.9%と、経済水準が高いほど実現度が高かった ($\chi^2=21.6$, $p<0.01$)。

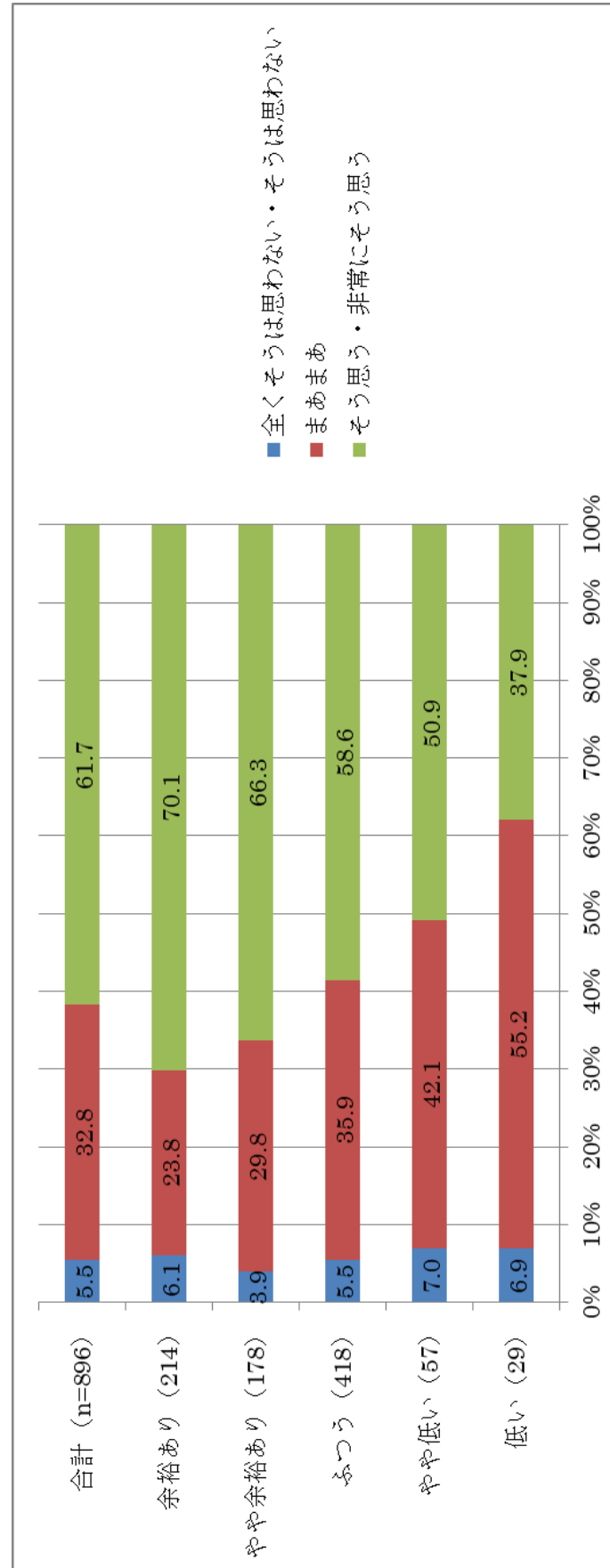


図8 世帯の経済水準別 在宅療養開始理由の実現度

担当看護師をはじめとする、専門職によるかかわり方との関連では、病状や予後について、担当看護師や医師による段階的な告知や補足説明実施の有無との関連では、有意な関連はみられなかった。

また、アセスメントからモニタリングに至るケアマネジメントの各過程において、立案実施した援助の数で比較したが、ここでも有意な差はなかった。

安定期（終末期から臨死期に至る過程を自宅で過ごした 726 人に限定）においては、経済水準が低い世帯ほど多くのサービスを利用していたが、終末期においては、サービス利用数との関連は確認できなかった。

なお、関係職種や機関を連絡・調整するコーディネーターの有無との関連についても、同様に有意差はみられなかった。

（３）世帯の経済水準でみた看取りの実態

死亡場所と世帯の経済水準の両方に回答があった 1,248 人について、死亡場所が自宅か医療機関（病院または有床診療所）かをみた。「ふつう」世帯から上の 3 群では、「自宅」での看取りが約 5 割であったが、「低い」世帯では約 3 割と低く医療機関での看取りが多い（ $\chi^2=11.5$, $p<0.05$ ）。

本人の「自宅で死にたい」という意思表示があった 312 人でみても、経済水準が「ふつう」世帯以上では、75%前後で実現したのに対し、「低い」世帯では在宅死が 38.5%にとどまった（ $\chi^2=13.6$, $p<0.01$ ）。

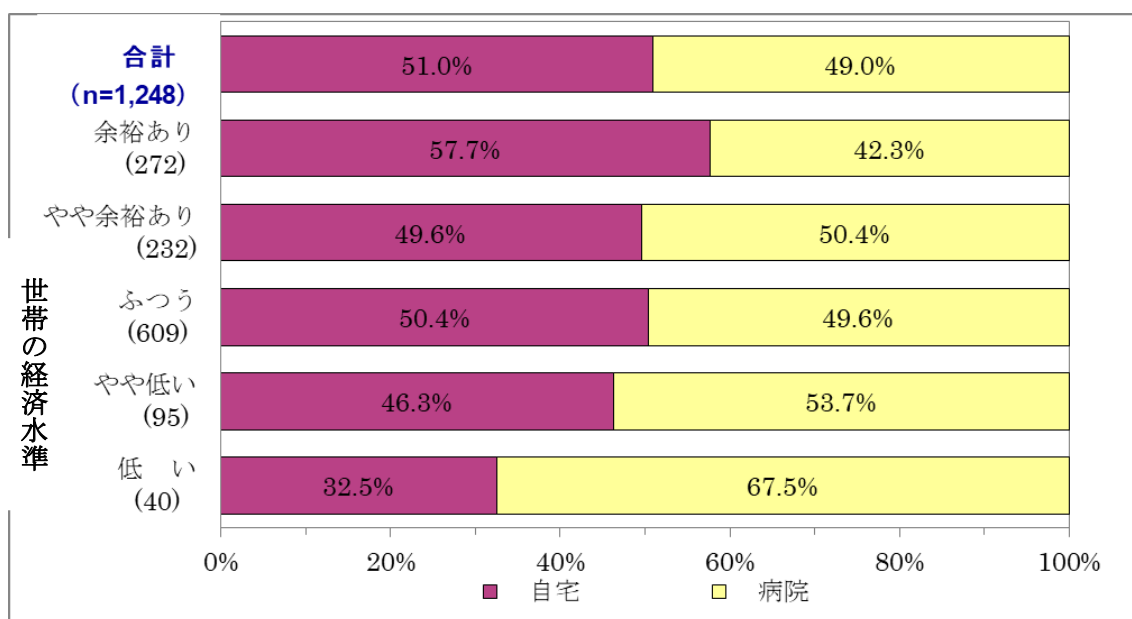


図 9 世帯の経済水準別 死亡場所

看取りの質について、担当看護師が推定した「家族の満足度」でみると、経済水準が高い層ほど「満足」「まあ満足」と推定された割合が高く、「余裕あり」世帯では4分の3 (74.3%) が該当した。一方で、経済水準の低い2群では約5割にとどまり、満足度の低い傾向がみられた ($\chi^2=24.2$, $p<0.01$)。

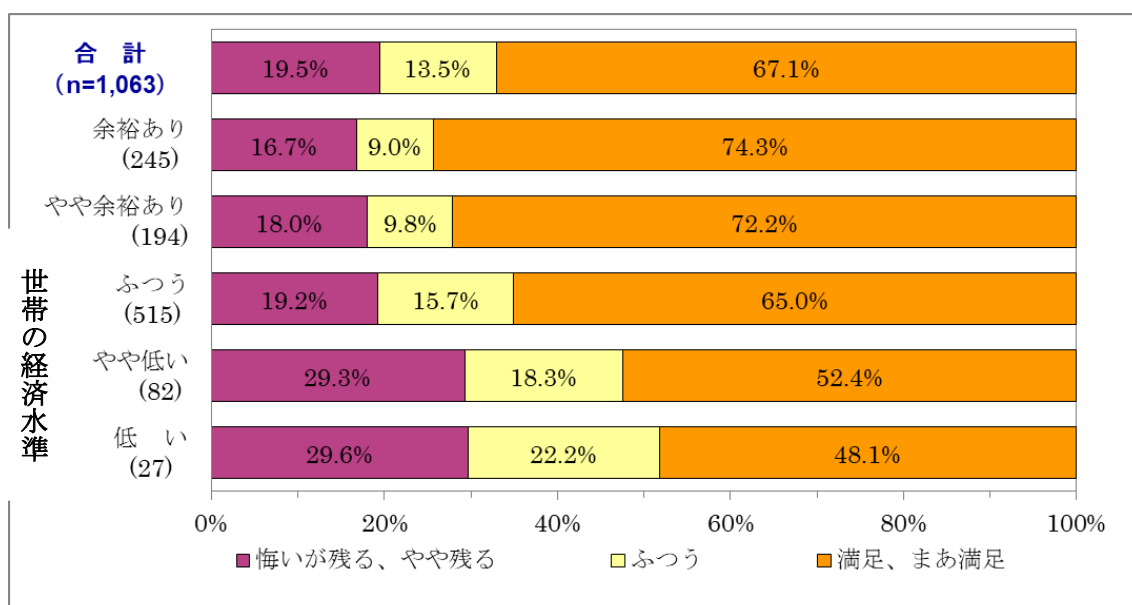


図 10 世帯の経済水準別 家族の満足度

また、担当看護師の立場からみた当該ケースの死に至る過程について、それが質の高いものであったか否かの自己評価（「死および死に至る過程の質」に対する評価）も、先の結果と同様に、経済水準の高い層ほど、質が高いと判断（非常にそう思う、そう思う）した割合が高くみられた。経済水準が「余裕あり」世帯では6割近く（55.1%）を占めていたのに対し、「低い」世帯では4例に1例（25.0%）しか該当しなかった（ $\chi^2=31.0, p<0.001$ ）。

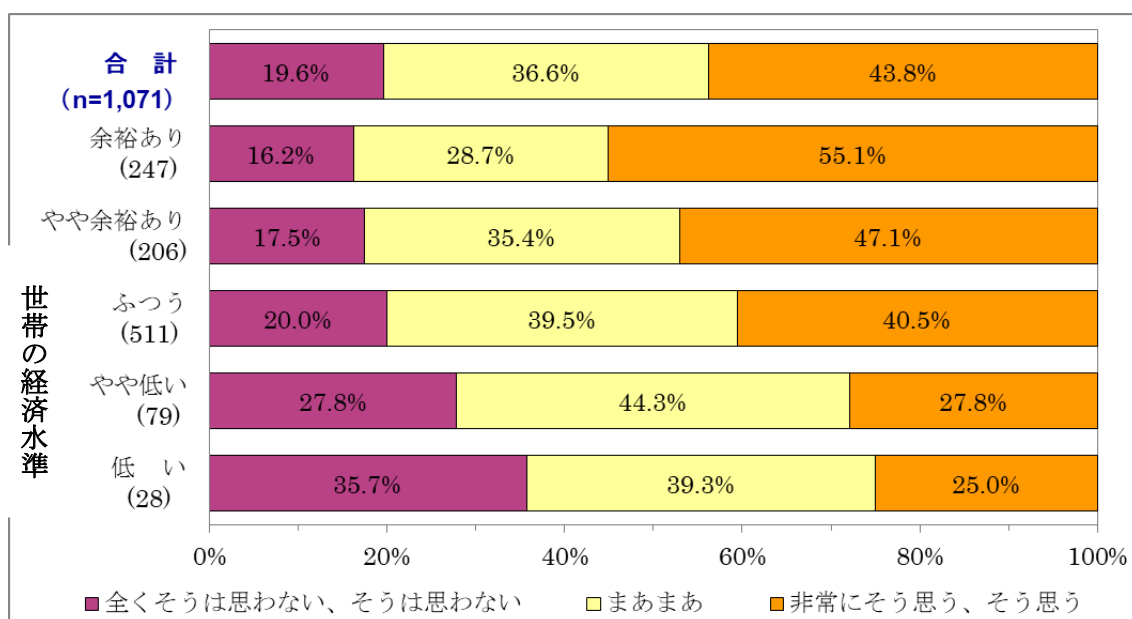


図 11 世帯の経済水準別 担当看護師による「質が高い」評価

さらに、経済水準が低い層で医療機関での死が多いことから、死亡場所の偏りが看取りの質の評価に影響した可能性を確認するために、層別分析も行った。経済水準が低い層（低い、やや低い）において、医療機関死亡群と自宅死亡群それぞれの「家族の満足度」と「死および死に至る過程の質」に対する評価はほぼ同水準であり、死亡場所の偏りによる影響は確認できなかった。

なお、死亡場所が自宅以外であった 647 人に限定して、死亡前の入院期間の違いをみたが、有意な違いはなかった。この者たちについて、入院・入所時に臨死期と思わせる症状があったか否かについても検討したが、同様に有意な関連はみられなかった。

2) 調査 B (追加調査)

追加調査として実施した調査 B についても、終末期ケアの構造（介護環境）—介護過程—成果の流れに沿って、世帯の経済水準間の比較分析結果を示す。

(1) 結果の概要

まず、利用者に関する結果の概要は次の通りである（表 2）。

利用者の享年は 85.6 ± 9.9 歳で女性が多く、主な病名では、悪性腫瘍が 44.7%（21 人）と最多であった。世帯類型は独居と 2 世代同居がそれぞれ 15 人（31.3%）で、介護サービス利用を除く主な介護者では配偶者（16 人，32.7%）が多いが、独居においては 11 人（73.3%）が子世代であった。家庭の介護力は約 4 割（19 人，38.8%）が「主介護者 1 人に相当」であったが、介護保険サービスを含めた介護力では、6 割強（31 人，63.2%）が「十分な介護力があつた」もしくは「介護力があつた」とした。

終末期や死についての話し合い状況は、利用者とは「よく話し合った」と「話し合った」を合わせても 16 人（35.6%）にとどまったが、家族とは 39 人（86.6%）にのぼった。35 人（72.9%）は在宅療養支援診療所（以下、在支診）を利用しており、症状マネジメントの状況では、6 割強（32 人，66.7%）が「痛みなし」や「苦痛なし」と疼痛コントロールができていた。利用者の療養上の望みや願いは 42 名（87.5%）が、介護者の介護上の望みや願いは 44 名（91.7%）が「実現した」もしくは「おおむね実現した」と回答した。

利用者の死亡場所はおおよそ自宅が 6 割、医療機関が 3 割で、利用者の死亡前 1 週間の生活は 3 割（15 人，31.3%）が「非常に質が高い」もしくは「質が高い」ものであった。利用者の死および死に至る過程の質（利用者の状態や家族の条件、提供された医療・福祉サービス等を総合した評価）は、4 割（19 人，39.6%）が「非常に質が高い」もしくは「質が高い」と評価された。

表 2 調査 B (追加調査) 結果の概要

項目	利用者や主介護者の属性
死亡平均年齢±標準偏差；歳	85.6±9.9
介護保険料の賦課段階	第1段階4 (8.2)，第2段階11 (22.4)，第3段階5 (10.2)，第4段階13 (26.5)，第5段階7 (14.3)，第6段階1 (2.0)，第8～12段階 各2 (各4.1)
主な病名	悪性腫瘍21 (44.7)，脳血管疾患，他の神経疾患，心疾患 各4 (21.3)，呼吸器疾患3 (6.4) 等
世帯類型	独居，2世代同居 各15 (31.3)，高齢者夫婦世帯12 (25.0)，3世代同居4 (8.3)，その他2 (4.2)
主介護者の続柄	配偶者16 (32.7)，娘12 (24.5)，息子の嫁9 (18.4)，息子6 (12.2)，孫2 (4.1)，その他4 (8.2)
(主介護者の続柄；独居)	息子5 (33.3)，娘4 (26.7)，息子の嫁2 (13.3)，その他4 (26.7)
家庭の介護力 ^{*1}	2人以上に相当6 (12.2)，1.5人に相当13 (26.5)，1人に相当19 (38.8)，0.5人に相当5 (10.2) 等
介護サービスを含む介護力	十分な介護力あり11 (22.4)，介護力あり20 (40.8)，やや介護力が劣る12 (24.5)，介護力が劣る6 (12.2)
病気や死についての話し合い (本人)	よく話合った3 (6.7)，話合った13 (28.9)，あまり話合わなかった15 (33.3)，話合わなかった14 (31.1)
病気や死についての話し合い (家族)	よく話合った24 (53.3)，話合った15 (33.3)，あまり話合わなかった4 (8.9)，話合わなかった2 (4.4)
在宅療養支援診療所の利用	利用あり35 (72.9)
疼痛コントロール ^{*2}	痛みなし15 (31.1)，苦痛なし17 (35.4)，苦痛あり9 (18.8)，不明7 (14.6)
療養上の望みや願い	実現4 (8.3)，おおむね実現38 (79.2)，あまり実現しなかった2 (4.2)，実現しなかった0 (0.0) 等
介護上の望みや願い ^{*3}	実現5 (10.4)，おおむね実現39 (81.3)，あまり実現しなかった3 (6.3)，実現しなかった0 (0.0) 等
死亡場所	自宅30 (62.5)，医療機関13 (27.1)，施設等5 (10.4)
死亡前1週間の生活の質	非常に質が高い3 (6.3)，質が高い12 (25.0)，どちらかといえば質が高い28 (58.3)，どちらかといえば質が低い5 (10.4)
死および死に至る過程の質	非常に質が高い4 (8.3)，質が高い15 (31.3)，どちらかといえば質が高い24 (50.0)，どちらかといえば質が低い4 (8.3)，質が低い1 (2.1)

※ n=49 表中の数値は人 (%)

^{*1} 介護に専念できる主介護者を 1 人，補助的介護者を 0.5 人として表したもの

^{*2} 症状があっても緩和できている状態を苦痛なしとした

^{*3} 医療・介護サービスの利用に関する事がらを除く望みや願い

(2) 経済水準でみた介護環境

介護保険料の賦課段階が第 3 段階以下の経済水準が低い群では，経済水準が高い群に比べ独居が多く (50.0%対 17.9%， $\chi^2=5.6$ ， $p<0.05$)，主介護者に配偶者が少なかった

(15.0%対 44.8%. $\chi^2=4.8$, $p<0.05$).

しかし、家族介護力や介護サービスを含めた介護力に有意な差はみられず、また、主な疾患との関連も確認できなかった。

(3) 経済水準でみた介護過程

終末期や死についての話し合い状況の違いをみたが、利用者・家族ともに、経済水準による2群間での差は有意でなかった。また、在支診の利用や症状マネジメントについても同様で、利用者や介護者の望みや願いの実現の程度でも有意な差は認められなかった。

(4) 経済水準でみた看取りの実態

死亡場所で比較したところ、自宅で最期を迎えた者の割合は経済水準の低い群で 45.0% (9 人) であったのに対し、経済水準が高い群では 75.0% (21 人) と多く、その差は有意であった ($\chi^2=4.5$, $p<0.05$)。

ただし、経済水準の低い群と高い群では、世帯類型や主介護者に違いがあり、そのことが死亡場所の違いをもたらした可能性がある。そこで、世帯類型が独居か否か、主介護が配偶者か否か、のそれぞれで層別分析を行ったが有意差はみられなかった。

なお、死亡前1週間の生活の質や死および死に至る過程の質でも比較したが、ともに有意差はなかった。

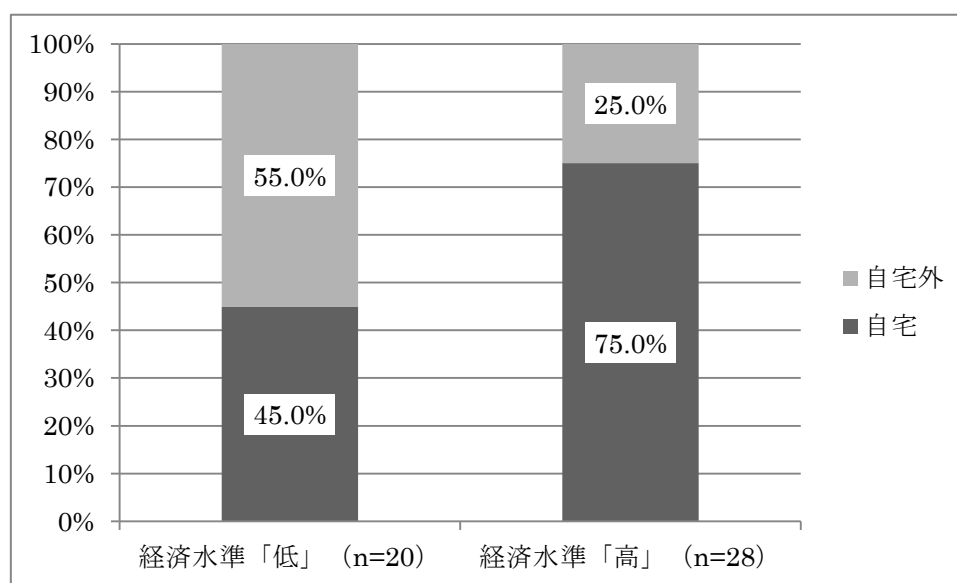


図 12 世帯の経済水準と死亡場所

4. 考察

今回の検証によって、次のことが明らかになった。経済水準の低い世帯では、介護力が乏しいなか、「希望はなかったがやむを得ず」在宅療養を開始し、介護力の不足から入院・入所に至るケースが、経済水準に余裕のある層に比べ多い。また、在宅療養継続への揺らぎを持ちながら介護にあたり、在宅死亡割合が低く、療養や看取りの質も低い。終末期ケアをめぐる介護条件や介護の過程、看取りの質にも世帯の経済水準による格差「終末期ケア格差」あるいは「看取り格差」が1999年当時存在した可能性が示された。

また、調査Bにおいても、世帯の所得の多寡で看取り場所に違いがみられるなど、「終末期ケア格差」あるいは「看取り格差」と考えられる状況が認められた。調査Aと調査Bでは対象や方法が異なるため、直接に比較することはできないものの、介護保険制度導入後も格差が解消できていないことを示唆する結果といえる。

しかしながら、次の点に留意する必要がある。

まず、調査Aで用いた世帯の経済水準については、税務データ等による所得把握ではなく、担当看護師による判断である。ただし、世帯の経済水準は所得額だけではなく、資産や消費支出等も併せ生活実態をみるべきとの考え方がある。調査Aにおいては、家庭への訪問を踏まえ、住まいや消費水準なども含めた生活実態を多くの訪問世帯を相対比較した上での判断であり、世帯の経済力を総合的に捉えている可能性は高い。

また、分析に用いたデータは横断的研究によるものであり、関連のみられた各種因子が因果関係を直接的に示すとは限らない。しかし、分析対象とした在宅療養開始よりも前に、世帯の経済水準は決まっていた。したがって、考察で特に断りを入れていない因子については、社会経済的因子が先にあって、それが直接・間接に影響をもたらした格差である可能性は高いと思われる。経済水準に基づく各群における疾患数の違いなど利用者像の相違や、それに伴う専門職が立案実施した援助内容の違いによる差も考え検討したが、それらの影響についても有意な差はみられなかった。

これらを踏まえたうえで、4つの視点から考察を行う。

1) 世帯の経済水準は、「在宅介護」の開始状況に違いを生む

調査Aは、要介護高齢者一般ではなく、一度は在宅での療養を選択し、それが実現した者を対象としている。そのような集団に限定したとしても、経済水準によって、在宅療養

開始の理由に違いがみられた。

まず、経済水準が低い群ほど、「希望はなかったがやむを得ず」を理由として在宅療養を開始していた。介護継続の要因としては、内在化された役割規範による促進、介護方法の自己決定、介護期間を見通せることなどの指摘がある¹³⁾。このことから「やむを得ず」開始した場合には、介護継続が困難に陥りやすいと推定される。

また、経済水準が高い層においては、半数が「家族や友人と過ごす時間を大切にしたい」との思いから在宅療養を開始していた。一般高齢者を対象とした調査³⁾において、経済力の高さと、社会的サポートの授受や社会参加の多さとの関連が示されている。その要因としては、高所得層ほどサポート提供のための余裕や資源の豊かさがあることなどの指摘がなされている。

療養が必要となった状況においても、経済的な余裕やそれまでの生活スタイルを背景として、豊かな人間関係に基づく生活を求めていると推察できる。

2) 世帯の経済水準は、介護の過程にも影響を及ぼす

介護保険制度導入の直前に実施した調査 A においては、介護力が劣る経済水準の低い層において、より多く福祉等のサービスを利用していた。福祉サービスを利用する理由は、不足する介護力を補うためであった可能性が高い。

このことは、入院・入所理由として、経済水準の「低い」世帯の半数近くが、「介護力の不足」を挙げていたことから推察できる。

介護保険導入後の研究では、泉田¹⁴⁾が、介護保険制度の未利用や在宅サービス利用者の動向から、サービス利用状況と所得水準は関連がなくなった可能性を報告している。その一方で、調査 A の結果と同様に、高所得層に比べ低所得層のサービス利用割合が高いとの報告もある¹⁵⁾。ただし、調査 B においては、所得の多寡による「介護力」の有意な差がみられなかったことから、この点については基盤整備が進んだことで格差が縮小された可能性はあるだろう。

また、調査 A における介護者の「揺らぎ」¹⁶⁾をみると、経済水準の低い層で有意に多く、介護の状況についての理解度は逆に低かった。ケアプランの作成やデスエデュケーションなど担当看護師によって立案・実施された援助の数には有意差がないため、介護の過程に違いがみられた理由としては、利用者や介護者側に帰属する要素が多いと考えられる。

低所得層において、ストレス対処能力が低いことや、不適切な介護が多くみられること

が知られている¹³⁾。経済水準の低い層においては、経済力や介護力の余裕がないなかで、在宅介護を維持・継続することに追われており、より多くの支援を必要としていたと思われる。

調査Bでは、介護保険制度導入前にはみられた介護過程での「望みや願いの実現の程度」、看取りの実態における「死および死に至る過程の質」において、有意な差を確認することができなかった。調査手法や標本数が異なるため直接的な比較はできないが、当時はなかった在宅診療や介護保険制度などの基盤整備が進んだことで、終末期ケアに向けた体制が充実し格差解消につながった可能性がある。事実、在宅診療が多い地域では在宅死亡割合が高い¹⁷⁾。

ただし、在宅診療は数が増加してもその運営体制は脆弱で、今後、在宅医療の提供に大きな変化は見込めないとされる¹⁸⁾。また、介護保険サービスでは所得水準と需要との間での所得効果が指摘されている¹⁹⁾。自己負担割合の拡大が懸念²⁰⁾されるなか、再び格差拡大につながる危険性もある。

3) 世帯の経済水準の格差は、「終末期ケア格差」をもたらす

今回の分析によって、終末期ケアのアウトカムにおいても2つの「終末期ケア格差」あるいは「看取り格差」の存在が示された。

1つは、経済水準の高低が、看取りの場所の違いをもたらすという格差。そしてもう1つは、「介護者の満足度」や「死および死に至る過程の質」といったケアの質にも影響を及ぼしている、という格差である。

調査Aにおいては、経済水準が「ふつう」世帯以上では、本人が在宅死を望んでいる場合は4分の3が望み通りに自宅での最期を迎えられたが、経済水準が低い2群においては、それが実現したのは半数に満たなかった。調査Bでも同様に、経済水準の高低が看取り場所の違いをもたらすという格差の存在が示唆され、世帯類型や主介護者の違いによっても説明できなかった。

従来から、所得の多寡によって受けられる医療に格差があることが知られている。たとえば、低所得者層においては、医療のアクセスが悪く^{4,6,21-23)}、受けている医療の質も低く^{24,25)}、アウトカムも不良^{6,26)}といったことである。今回の所見は、これらの延長線上にあると思われる。イギリスでも同様に、経済水準の低い層において、より多く病院で看取られていることが明らかになっている²⁷⁾。今回、わが国においても、同様の格差が存在する

ことを確認できた。

一方で、調査 B では、経済水準の高低で在支診の利用や介護力、症状マネジメントの状況に有意な差はみられていない。看取り場所の違いという「看取り格差」は、自宅で看取するための費用が工面できるかどうかという、経済的な格差が直接的に生み出している可能性も否定できない。

看取りの満足度でみたケアの質については、死亡場所との関連は確認されず、看取りのプロセスが重要であることが示唆されている¹⁶⁾。調査 A の分析においても、経済水準が低い層で病院死が多かったために、看取りの満足度などが低くなったという説明は成り立たなかった。担当看護師らが立案・実施した援助の数にも違いはなく、経済水準で援助の質が変わり看取りの質にも反映された、とは考えにくい。

在宅療養開始から死に至る過程における、個々の援助内容には余り差がなかったにもかかわらず、世帯の経済水準によってもたらされる介護力などの差によって、看取りの質の高低に結びついていた可能性がある。

4) 「終末期ケア格差」解消に向けたソーシャルワーカーの取り組み

「終末期ケア格差」あるいは「看取り格差」には「社会全体の構造的な格差の反映」という側面がある。一方で、ソーシャルワーカーの職業上の価値は、「すべての人の平等の実現」にある。専門的援助においては、ケアの質やクライアントの QOL (quality of life) を高めることを目指しており、ソーシャルワーカーは、条件の乏しい療養環境であってもそれらの実現への手立てを考えるべき立場である。

個々のケアに着目すれば、看取りの条件やプロセスにも格差が存在することを認識した上で、不利な条件にある患者への支援をより丁寧に立案・実施することが求められるだろう。

たとえば、在宅介護の開始理由をより丁寧にアセスメントして引き出した上でゴール設定をすること、介護力や情緒的サポートの強化を図ること、介護者の「揺らぎ」を予測した支援的な関わりをすることである。そのためには緩和ケア用アセスメントツール²⁸⁾や丁寧な終末期ケアマネジメントのためのツール^{29,30)}を活用した実践で、看取りの質の高さをもたらせるかもしれない。

その一方で、貧困を背景とした格差問題は、直接的・個別的なケアだけでは支援が困難なことも多い。自宅での看取りは、マクロ的には住環境の整備や総合的なケア提供を前提

にコスト面での優位性があるとされる³¹⁾。しかし、在宅ケアの費用は施設ケアより高く³²⁾、ミクロレベルで見れば、相対的に低所得者層に対し重く押し掛かる。このことは、個々のケアにおける質の向上とは異なる次元の課題である。個々の経済水準に関わりなく、誰もが質を担保された終末期ケアを受けられるためにも、マクロレベルの格差解消対策が欠かせない³³⁾。

介護保険制度が導入された後も、要介護者の QOL 向上や重度の要介護者を抱える介護者の介護負担の軽減には、十分に結びついていないことが明らかになっている^{34,35)}。措置制度に比べ応益原則が強化された介護保険制度や自己負担額が増えた医療保険制度の下では、社会資源を活用するだけでは埋めきれない「格差」がまだ存在しており⁶⁾、むしろ拡大している可能性は高い。

地域包括ケアシステム下での看取りを考える上では、ミクロレベル～メゾレベルでのソーシャルワーク実践に加え、WHO の委員会（Commission on Social Determinants of Health）も提言している「格差そのものの是正」³⁶⁾に向けて、社会保障制度のいっそうの拡充を求め社会変革を進めていくマクロソーシャルワークの取り組みも、ソーシャルワーカーが取り組むべき重要な課題といえるだろう。

5. 小括

社会経済的因子がもたらす健康や医療アクセスの格差の研究が進んでいるが、終末期ケアにおける格差を多数例で検証した報告は少ない。そこで、在宅療養高齢者を対象とした 1999（平成 11）年の全国調査データを再分析し、世帯の経済水準を 5 段階にわけ、終末期ケアの実態を比較した。また、介護保険制度が定着した今日における実態を知るため、居宅介護支援事業所の利用者を対象とした追加調査も行った。その結果、次のような「終末期ケア格差」あるいは「看取り格差」が明らかになった。

1999（平成 11）年当時、経済水準の低い世帯では、介護力が乏しいなか在宅介護を開始しており、介護力の不足から入院・入所に至るケースが約半数を占めていた。

また、経済水準の低い世帯の介護者の多くが、在宅療養継続への揺らぎを持ちながら介護にあたっており、本人が在宅死を望んでいた場合であっても、医療機関での死亡が多くみられた。経済水準で死亡場所に違いがみられるのは、2013（平成 25）年に実施した追加調査でも同様であった。

終末期ケアや看取りの質をみれば、経済水準の低い世帯において、在宅療養を開始する

背景となった望みの実現度が低く、「介護者の看取りの満足度」と「担当看護師によるケアの質の評価」も低かった。一方で、追加調査では、介護過程での「望みや願いの実現の程度」、看取りの実態における「死および死に至る過程の質」において、有意な差を確認することができなかった。

2つの調査結果を直接的に比較することはできないが、調査Bの結果からは、医療・福祉サービスの基盤整備が格差解消につながる可能性も示唆される。しかしながら、医療・介護保障において応益原則が強化されているため、世帯の経済水準に基づく「終末期ケア格差」あるいは「看取り格差」が今も存在する可能性は高いと考えられる。

これらの格差に対し、個別ケースレベルにおいては、看取りの条件やプロセスにも格差が存在することを認識した上で、より丁寧な終末期ケアマネジメントを実践していくことが求められる。マクロレベルにおいては、経済水準の違いによらず、質の高い終末期ケアを受けられるよう、格差そのものの是正を図っていくことが必要である。

文献

- 1) Wilkinson, G. and Marmot, M. (2003) *Social Determinants of Health: the solid facts*. Second edition. World Health Organization.
- 2) 福田吉治・今井博久 (2007) 「日本における「健康格差」研究の現状」『保健医療科学』56, 56-62.
- 3) 近藤克則編 (2007) 『検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』医学書院.
- 4) Babazono, A., Miyazaki, M., Imatoh, T., et al. (2005) Effects of the increase in co-payments from 20 to 30 percent on the compliance rate of patients with hypertension or diabetes mellitus in the employed health insurance system. *Int. J. Technol. Assessment Health Care*, 21, 228-233.
- 5) 川添希・馬場園明 (2007) 「健康保険組合被保険者の医療受診における所得効果」『厚生生の指標』54 (6), 14-19.
- 6) Murata, C., Yamada, T., Chen, C., et al. (2010) Barriers to Health Care among the Elderly in Japan. *Int. j. Environ. Res. Public Health*, 7 (4), 1330-1341.
- 7) 宮田和明・近藤克則・樋口京子編 (2004) 『在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ—』中央法規.

- 8) Donabedian, A. (1987) Outcome Measure in Home Care, Some Basic Issues in Evaluating the Quality of Health Care, National League for Nursing, 3-28.
- 9) Albrecht, N. (1990) The Albrecht Nursing Model for Home Health Care: Implications for Research, Practice, and Education, Public Health Nursing, 7(2), 118-26.
- 10) 岡本玲子・高崎絹子 (1998) 「保健婦活動における在宅ケアマネジメント過程の質を構成する要素の検討」『日本在宅ケア学会誌』1, 46-55.
- 11) 近藤克則・久世淳子・牧野忠康・他 (2000) 「訪問診療・訪問看護対象患者の死亡場所に影響する因子」『在宅医療』26, 46-55.
- 12) 橋本恵美子 (1999) 『在宅において末期医療を受ける患者のケアの評価—医療・看護・福祉をととして—』平成8年～10年科学研究補助金基盤研究(C)(2)研究成果報告書.
- 13) 木立るり子 (2004) 「嫁介護者の語りからみた社会規範意識と介護継続の条件」『日本看護研究学会雑誌』27 (1), 73-81.
- 14) 泉田信行 (2008) 「介護サービス利用に対する所得の影響—施設介護サービスを中心に」『社会保障研究』43 (4), 327-342.
- 15) 酒井美和・伊藤春樹 (2010) 「介護保険サービスの利用と所得について」『医療福祉研究』(6), 25-36.
- 16) 樋口京子・近藤克則・牧野忠康・他 (2001) 「在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関連する要因の検討—終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から—」『厚生指標』48 (13), 8-15.
- 17) 岸田研作・谷垣静子 (2011) 「在宅療養支援診療所による看取り数に影響する地域特性」『厚生指標』58 (2), 27-30.
- 18) 野村真美・出口真弓・吉田澄人 (2011) 「在宅医療を担う診療所の現状と課題—「診療所の在宅医療機能に関する調査」の結果から—」『日医総研ワーキングペーパー』(233).
- 19) 久保寺重行 (2013) 「介護サービス需要行動に関する実証分析—今後の介護保険制度改革に向けて」『社会福祉学』54 (2), 70-82.
- 20) 二木立 (2019) 『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房.
- 21) Kim, J., Ko, S. and Yang, B. (2005) The effects of patient cost sharing on

- ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy*, 72, 293-300.
- 22) Siciliani, L. and Verzulli, R. (2009) Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health Econ*, 18 (11), 1295-306.
- 23) Lostao, L., Regidor, E., Geyer, S., et al. (2007) Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. *Soc. Sci. Med*, 65, 367-376.
- 24) Shi, L. and Stevens, G. (2005) Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med*, 20(2), 148-54.
- 25) Dalstra, J. A., Kunst, A. E. and Mackenbach, J. P. (2006) EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe, *Soc. Sci. Med*, 62, 2046-2060.
- 26) Murata, C., Kondo, K., Hirai, H., et al. (2008) Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: The Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health Place*, 14, 406-414.
- 27) Nick, S. (2010) Poorest people are more likely to die in hospital. *BMJ*, Aug 17; 341:c4518.
- 28) 杉本浩章・近藤克則・樋口京子・ほか (2007) 「緩和ケア用 MDS - PC 日本語版の信頼性と有用性」『病院管理』44 (3), 243-250.
- 29) 樋口京子・篠田道子・杉本浩章・ほか編 (2010) 『高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める 4 条件とケアマネジメントツール』中央法規.
- 30) 篠田道子・原沢優子・杉本浩章・ほか編 (2018) 『多職種で支える終末期ケア—医療・福祉連携の実践と研究—』中央法規出版.
- 31) 地域包括ケア研究会 (2014) 『地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング.
- 32) 二木立 (2014) 『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房.
- 33) 近藤克則 (2007) 「医療制度改革と健康格差」『社会福祉研究』(100), 111-119.
- 34) 近藤克則 (2002) 「介護保険は介護者の負担を軽減したか—介護者の主観的幸福感・抑うつ・介護負担感へのインパクト」『社会保険旬報』(2135), 24-29.
- 35) 黄京欄・関田康慶 (2004) 「介護サービスに対する家族介護者の意識と評価に関する

分析」『厚生指標』51 (7), 9-15.

- 36) Michael, K., Antony, M., Josiane, B., et al. (2007) *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action. Final Report*, World Health Organization.

第3章 ミクロレベルでみる地域包括ケアシステム社会の終末期ケアの課題

第1節 特別養護老人ホームにおける IPW の促進要因と阻害要因；文献検討

1. 背景と第3章第1節の目的

2018（平成30）年度の介護報酬改定では、地域包括ケアシステムを推進していくための手立てとして、増大する看取りを想定した見直しが行われた。特別養護老人ホーム（以下、特養）においては、「配置医師緊急時対応加算」の新設と「看取り介護加算」の上積みにより、施設内での看取り体制の強化を図っている。

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率¹⁾によれば、特養を含む老人ホームでの死亡割合は2015（平成27）年に6.3%と、2006（平成18）年の2.1%から10年間で3倍増となっており、死亡場所の大きな受け皿になる可能性が指摘されている^{2,3)}。終末期医療に関する国民意識⁴⁾をみても、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」には、約6割が人生の最終段階を介護施設で過ごしたいと考えている。特養利用者の家族の希望⁵⁾では、約9割が施設内での看取りを望んでいるなど、特養での看取りを考えることは、地域包括ケアシステム社会において重要な課題の一つである。

特養での看取りの状況は、看取りの対応に看護職員だけでなく生活相談員や介護職員が関与している割合が高い⁶⁾。また、職種・職員間の連携・協働は「よりより終末期ケア」に強く影響を与える要因となっている⁷⁾。

一方で、医師や医療機関との連携が課題⁶⁾として挙げられるなど、看取りのための IPW には課題がある。6割近い看護職者は「ターミナルケアにおける職員間の考え」に不満を持っており⁸⁾、介護職者は看護者に対し、夜間処置の連絡調整などに連携上の問題を感じている⁹⁾。その背景には、医療職と福祉職との間で連携に対する認識が一致していないとの指摘¹⁰⁾もある。

そこで本節では、ミクロレベルでみる地域包括ケアシステム下の終末期ケアの課題について、質的研究の文献学的検討を通して、特養における看取りの IPW の促進要因と阻害要因を明らかにする。

2. 対象と方法

NII 学術情報ナビゲータ CiNii で検索された特養での看取りを取り上げた研究論文のうち、質的研究方法によってカテゴリー化が行われた論文 10 本を分析対象とする。

方法は、まず、カテゴリーあるいはサブカテゴリーに相当する階層において、特養内での看取りにおいて実際に行われ介護職と看護師との連携など、直接的に表現されているミクロレベルでのカテゴリーを抽出した。つまり、IPW を推進する上での制度政策上の課題といったマクロレベルの事がらや、地域内での機関同士の連携などメゾレベルの事は除外対象とした。一方で、本来的には IPW の概念には当事者等との連携も含まれる¹¹⁾※¹が、職員間の連携について焦点化するため、当事者等との連携を取り上げた事は除外している。なお、抽出・除外の作業においては、サブカテゴリーより下位の階層であるコード等の記述内容からも判断した。

分析対象とした論文と抽出したカテゴリー等を表 1（節末資料）に示す。

抽出したカテゴリーについて、IPW の促進要因と阻害要因の構造を理解するために、促進要因となりうる事がらについては Martin-Rodriguez¹²⁾らによる「良好な連携の決定要因」（表 2）で分類整理した。

表 2 良好な連携の決定要因

対人関係要因	Willingness to collaborate
Interactional determinants of interprofessional collaboration	Trust
	Communication
	Mutual respect
組織的要因	Organization's philosophy
Organizational determinants of interprofessional collaboration	Administrative support
	Resource
	Coordination mechanisms
制度的要因	Social system
Systemic determinants of interprofessional collaboration	Cultural system
	Professional system
	Educational system

※ Martin-Rodriguez ら¹²⁾の分類をもとに筆者作成

この考えに基づけば、これらの要因が抽出できない場合には良好な連携が担保されていないと見なすこともできる。しかし、阻害要因をより明確にするために、阻害要因となり

うる事からについては細田¹³⁾が示した「チーム医療」の4つの要素^{※7}による分類を試みた。

3. 看取りのIPWを促進する要因

IPWの促進要因となりうる事からとして、9論文の27カテゴリ(62サブカテゴリ)を抽出した。これらをサブカテゴリの階層で「良好な連携の決定要因」をもとに分類したところ、「対人関係要因」として9カテゴリ(15サブカテゴリ)、「組織的要因」として19カテゴリ(24サブカテゴリ)、「制度的要因」として13カテゴリ(23サブカテゴリ)に整理できた。その結果を表3(節末資料)に示す。以下、カテゴリを【 】で、それに属するサブカテゴリは< >で表記する。

1) 対人関係要因

①「連携の喜び」(凝集性, 成熟): <本人または家族との良好な関係>を築き<目指す終末期ケアの達成>による【チームケアの質の向上】がみられた。

②「信頼」(自信, 協力する能力): 【協力し合える仲間の存在】(<職員間の信頼>)という関係性のもと、看護職が介護職に対して<看取りに入っても今まで通りのケアを継続してもらいたい> (【看取りに自信をもつための教育を支援する】) などの思いを持ち、<介護職員の利用者への援助を裏方として支える> (【利用者の残された時間を充実させるために各専門職の援助をまとめる】) など、【連携と協働を意識したチームケアの試み】(<看護師としての他職種に対する連携の仕方を工夫する>) が実践されていた。

③「コミュニケーション」(技能, 交渉, 知識の交渉): 【協力し合える仲間の存在】(<情報の共有>) が挙げられるが、その具体として、【衰退過程に応じた食事支援】(<介護職員と看護職員間での食事状況の共有>), 【連携と協働を意識したチームケアの試み】(<本人、家族の意向を多職種で共有する>), 【入所者のニーズの確認と共有に努める】(<生活史や好みの情報収集>, <情報・知識の共有>) が抽出された。

④「相互尊敬」(相互に貢献が補完する): 医師には<看取りが近いことを確認し、家族に伝えてもらう> (【医師との連携】) という役割を求める取り組みがあった。看護職と介護職間においては、看護職は介護職に対して<看取りに不安な介護士の気持ちをねぎらう> (【看取りに自信をもつための教育を支援する】) 一方で、【介護の領域を理解し連携する】(<介護士から生活中心のケアについて教えられる>) 相互の関係がみられた。

2) 組織的要因

①「組織構造」(水平性, 決定権共有, 直接交流): <職員間の協力・連携>により【看取り介護体制を整える】ことが挙げられた. その体制づくりの方法として, 看取りケア開始の宣言を行う【看取りケア開始の宣言と家族・多職種による情報共有】(<家族や主治医と看取りの方針を共有>)や, <コアメンバーの形成> (【コアメンバーによる毎日のミーティングで情報共有】), <その他の専門職を看取りに参加させる> (【利用者の残された時間を充実させるために各専門職の援助をまとめる】) といった取り組みがみられた. また, <看取りが近いことを知らせ, とともにケアを考える> (【介護職への支援】) なか, <お互い対等な関係であることに気づく> (【介護の領域を理解し連携する】) ことができる組織構造があった.

②「組織的理念」(参加, 平等, 自由, 相互協力): <看護と介護の協働による普段と変わらない環境づくり> (【看取りの環境作り】) を進め, <介護の力を支える> (【看護師・介護士(専門職)の役割】) ことで, 【利用者が入所時から過ごしてきた特養での生活を維持する】(<利用者の身体状態を改善するよう働きかける>) ことが求められる. そのためにも, 【タイムリーな話し合いと実行】(<今できることをタイムリーに>) を行う組織である必要がある.

③「管理者の支援」(リーダー, 管理): <上司・同僚への相談>ができることが重要で, カテゴリー【看取り介護にきちんと向き合い前向きにとらえる】へと整理されていた. 相談と同時に【夜間の不安を支える体制作り】も欠かせないが, 従来型の特養では<夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫>が, ユニット型では<未経験者や新人の不安を支える職員配置>と異なるサブカテゴリーで構成されていた.

④「チーム資源」(時間, 場所, 情報): 2つのカテゴリー(2サブカテゴリー)に分類した. 特養での看取りでは, 医療施設でないために医学医療ケアの脆弱さが課題となることが多い. そのため, 【利用者の残された時間を充実させるために各専門職の援助をまとめる】なかで<医師に看取りに関する協力を得る>ことや, <病院と連携したケア> (【多職種・他機関への相談・連携】) といった医療面でのチーム資源の拡充に取り組んでいた.

⑤「協力と交流」(理念, 手順, 共通様式, 会議): まず, 会議体として<看取り普及委員会の取り組み> (【看取りの知識と独自ケアの普及】) や (<介護福祉職が行う多職種参加のグループ会議の開催をする>) といった【連携と協働を意識したチームケアの試み】

がみられた。特養内では＜毎日のミーティングで情報共有＞（【コアメンバーによる毎日のミーティングで情報共有】）や＜書面を使った多職種との情報共有を行う＞（【多職種で情報共有するための仕組み】）ことを進めるとともに，【医師との連携】（＜処置内容を相談する＞，＜看取りがスムーズに行えるよう協力を仰ぐ＞）も深めていた。また，ケアプランの作成においては，多職種での取り組みが挙げられた（【看取りケア開始の宣言と家族・多職種による情報共有】＜多職種でケアプランを作成＞，【終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有】＜「看取り説明会」での多職種によるケアプランの検討＞）。

3) 制度的要因

①「社会的要因」（職種，性別，階層，力の不均衡）：特養看護師は家族や医師に対して＜家族と医師の間に立つ看護師の役割＞（【専門職間の役割を理解した上での支援】）を担うとともに，特養内では＜先輩としての役割＞（【看護師・介護士（専門職）の役割】）がある。

②「文化的要因」（連携への価値観，自立性）：【介護の領域を理解し連携する】（＜看取りを進めるためには協力することが大切だと気付く＞）ことが大切で，＜多職種の意見を聞き，客観的な視点を追加＞（【多職種・他機関への相談・連携】）していく。本人主体のケアを多職種で進めるために，＜本人の意思を施設間で共有することを大切にする＞（【施設、法人の特徴】）ことを価値観として持ち，同時に，＜多職種での情報共有において思いを伝えようと努力する＞（【連携と協働を意識したチームケアの試み】）ことで，連携への価値観を共有することになるのだろう。

③「専門家要因」（優位性，自律性，統制，断片化）：看護職や介護職には＜責任・判断＞という【看護師・介護士（専門職）の役割】が求められ，連携する医師は＜主治医による「看取り診断」の宣言＞（【終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有】，【看取りケア開始の宣言と家族・多職種による情報共有】）という役割を担う。医療依存度が高まる中，医療職がイニシアチブをとり【具体的な指示・情報の伝達】（＜看護師からの具体的な指示の伝達＞，＜医師からの速やかな情報伝達＞）や【夜間の不安を支える体制作り】（＜看護師による具体的な指示と助言＞，＜夜間をカバーする体制と指示系統＞）が進められ，【介護職への支援】（＜負担の軽減を図る＞）も看護職の役割となる。このように，【専門職間の役割を理解した上での支援】（＜介護福祉職としての日々の取り組みをする＞，＜施設看護師としての家族への支援をする＞，＜それぞれの専門的役割を追及していく＞，＜死別

期に利用者が一番近くにいる介護福祉職としての役割＞）が実践されている。

④「教育的要因」（専門家養成優先）：看護職が介護職に対して、＜ケアの具体的な方法を指導する＞（【介護職への支援】）ことや、＜先を見越して予測する技術・能力をつける＞（【看取りに自信をもつための教育を支援する】）ことにより技術向上を支援している。同時に、＜生活を支えるのは介護士であるという自信をつける＞ことや＜死に逝く経過についての理解を深める＞ことなど、【看取りに自信をもつための教育を支援する】ことに取り組んでいる。これらの教育を通して、【チームケアの質の向上】（＜チームアプローチの向上＞）に結びついているのだろう。

4. 看取りの IPW を阻害する要因

IPW の阻害要因となりうる事がらとして、3 論文の 6 カテゴリー（14 サブカテゴリー）を抽出した（表 4）。

表 4 IPW 阻害要因

著者	カテゴリー	サブカテゴリー	要素と関係
加瀬田ら (2008)	関係者との連携困難による悩み	介護職との連携困難	専門性志向×協働志向
		医療機関との連携困難	専門性志向×職種構成志向
		複数の人との連携困難	専門性志向×協働志向
	業務と責任への悩み	医師不在の負担	専門性志向×職種構成志向
小楠ら (2007)	チーム内意見交換不足でケアの工夫のタイミングを逃す	看護職員から介護職員への状況に応じたケアの意味の説明不足	優位な専門性志向と脆弱な協働志向
		状態変化に対する看護職員間の意見交換不足	
		食事支援の検討不足	
		状態変化の表現のむずかしさ	
	ホーム体制の限界で本人の希望にこたえられない	嘱託医による高齢者理解の限界	優位な職員構成志向と脆弱な協働志向
松田ら (2016)	連携と協働を意識したチームケアの試み	看護師がローテーションすることによる介護福祉職の連携の難しさ	優位な職員構成志向と脆弱な協働志向
		介護福祉職のグループ会議に看護職が参加できない	優位な専門性志向と脆弱な協働志向
	多職種で情報共有するための仕組み	終末期に限定したカンファレンスが実施できていない	優位な職員構成志向と脆弱な協働志向
		書面では職種としての思いまでは伝えきれていない	
		デスカンファレンスの実施状況	

【関係者との連携困難による悩み】では、看護職からみて、介護職には医療にかかる知識や技術、看取りの経験が乏しいなどの＜介護職との連携困難＞がある。同様に他職種との調整の難しさなど＜複数の人との連携困難＞もある。このことは、高い専門性を発揮しようとする「専門性志向」と、多職種が協力し合わなければならない「協働志向」との相克関係が生じているものと思われる。

特養は養護を目的とする性質上、介護の質を担保するための職種構成を追求する「職種構成志向」がある。ゆえに、介護職が多く医療職の職種・人数は限られており、高度な医学医療ケアの提供を前提としない。＜医療機関との連携困難＞（【関係者との連携困難による悩み】）や＜医師不在による負担＞（【業務と責任への悩み】）は、特養に求められる「職種構成志向」と看護職の「専門性志向」との間に生じる相克関係と整理した。

一方で、【チーム内意見交換不足でケアの工夫のタイミングを逃す】（＜看護職員から介護職員への状況に応じたケアの意味の説明不足＞、＜状態変化に対する看護職員間の意見交換不足＞、＜食事支援の検討不足＞、＜状態変化の表現のむずかしさ＞）が意味するのは、各々が「専門性志向」を持ちケアにあたる反面、その取り組みが分業となっている「協働志向」の弱さを示すものと考えられる。同様の整理は、＜介護福祉職のグループ会議に看護職が参加できない＞（【連携と協働を意識したチームケアの試み】）でもいえる。

また、看取りケアにおいて医師は重要な役割を担うが、その医師が＜嘱託医による高齢者理解の限界＞（【ホーム体制の限界で本人の希望にこたえられない】）という、脆弱な協働志向を持つ他機関の医師が IPW に加わることによる困難さがあった。

加えて、＜看護師がローテーションすることによる介護福祉職の連携の難しさ＞（【連携と協働を意識したチームケアの試み】）や、【多職種で情報共有するための仕組み】（＜終末期に限定したカンファレンスを実施できていない＞、＜書面では職種としての思いまでは伝えられていない＞、＜デスカンファレンスの実施状況＞）は、日々の養護を目的とする特養において「職種構成志向」が優位となり、その延長線上にある看取りケアでの「協働志向」の弱さを表す（サブ）カテゴリーといえるだろう。

5. 考察

今回の文献学的検討を通して、特養における看取りの IPW について、その促進要因と阻害要因を分類・整理した。

しかしながら、次の点に留意する必要がある。本分析で用いた 10 本の論文は、調査対象・調査方法・分析方法において統一されておらず、質的研究法そのものがもつ一般化の限界を考慮しなければならない。また、「専門性志向」というとき、介護職や介護士と表現される職員は、他職種のような統一した教育課程を経ていないことに留意すべきだろう。加えて、阻害要因の分類に用いたチーム医療の困難性について、本来、チーム医療は医療スタッフの医療提供体制を指す^{※8}。しかし、チーム医療の困難性を示す要素は、医療職や医療現場

のみでなく、広く保健医療福祉の IPW を説明できるものでもある。

以上を踏まえ、分類したカテゴリーから促進要因と阻害要因を考察した。

1) 「良好な連携の決定要因」にみる看取りの IPW の促進要因

抽出した 41 カテゴリー (52 サブカテゴリー) を「良好な連携の決定要因」に基づき分類した結果、対人関係要因、組織的要因、制度的要因の枠組みで整理できた。

看護職に向けた介護職との連携実践尺度²⁵⁾では、対人関係要因にあたる因子として、「ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する」や「看取りに向かう身体的特徴を共有する」が、組織的要因には「ユニットで看取することを合意し評価する」、「緊急時の連絡体制を整備する」、「ユニットの特徴を活かして情報を共有する」が、制度的要因には「医療職として介護職を支える」がそれぞれ相当すると考えられる。多職種チームによる看取りケアの成果尺度²⁶⁾に照らし合わせてみても、因子「チームワーク」の項目には、信頼関係の深まりや業務を補い合えたことといった対人関係要因、統一したケアの実践 (組織的要因)、職種の役割の明確さ (制度的要因) などが含まれている。これらの尺度で説明される因子は、先の枠組みでの整理と矛盾しない。

また、看取りケアに積極的に取り組む特養の看護師は、消極的な場合と比べ、他職種と連絡調整などを大切だと認識し、有意差はないものの、4割強が医師との連携を大切だと考え、3割は他職種への教育を増やしたいと考えていた²⁷⁾。加えて、看取り介護加算を算定した特養では看取りの指針を持ち、コーディネーターが存在し、同意書や個別計画といった様式を有している²⁸⁾など、「良好な連携の決定要因」で説明しうる意識や取り組みがある。これらの量的調査結果と照らし合わせてみても、本研究で行った枠組みの整理は妥当だろう。

以上を踏まえ、特養における看取りの IPW の促進要因は「良好な連携の決定要因」により説明できるものと考えられる。

2) IPW を阻害する 2 つの相克関係と脆弱な協働志向

細田¹³⁾が指摘する「「チーム医療」の 4 つの要素」のうち、患者志向を除く 3 つの要素がみられた。そのうち、専門性志向と協働志向、また、専門性志向と職種構成志向は相克関係があり、その関係性が特養での看取りの IPW を阻害する要因になると思われる。これらは、より良いケアを実践しようとするがために生じるものといえ、チームメンバー間で

の相克関係の理解を深めることが重要だろう。

一方で、協働志向と職種構成志向の相克関係はみられず、また、専門性志向や職種構成志向に比して脆弱な協働志向が阻害要因となっている可能性も示唆された。この脆弱な協働志向をカテゴリーの内容でみると、分業体制、医師との協働、情報共有に起因するものがある。

特養での看取りを実現するための条件²⁹⁾※9の一つに、「職員の共通理解の下でのケア」があるが、特養はチームメンバーに変化が少なく、意思決定過程や役割も固定的になりがちである。在宅看取りのIPWにおいては、「連携・協働モデル」のチーム形成から「統合モデル」へ移行させることの有効性が示されている³⁰⁾。特養においても、日常的なケアの場面から、濃厚な医療と介護とを必要とする看取りケアへと移行する中で、チームの姿を変容させるチームマネジメント力が求められると考えられる。

また、多くが非常勤である医師を含めたチームマネジメントは、特養での看取りを実現する上での課題の一つとされる²⁹⁾。個々の特養の課題としてチームマネジメント力の強化は重要であるが、同時に、そのための地域包括ケア体制の環境整備も必要ではないか。在宅看取りでは、在宅医療・介護連携を推進する地域マネジメントにおいて、市町村と医師会との協働が重要とされる³¹⁾。地域包括ケアシステム下での看取りを考えるのであれば、その対象を特養などにも拡大した地域レベルでの取り組みが求められるだろう。

情報共有の側面では、特養での看取りのIPWを想定した専門職間連携教育のプログラム開発※10とその普及が、協働志向の高まりにつながるものと思われる。

6. 小括

特養における看取りのIPWを促進要因と阻害要因を明らかにすることを目的に、質的研究法による先行研究の文献学的検討を行った。分析対象とした10論文のうち9論文からIPWの促進要因とみられる27カテゴリー（62サブカテゴリー）を抽出し、それらは3つの「良好な連携の決定要因」（対人関係要因、組織的要因、制度的要因）で分類・説明できること確認した。阻害要因については、3論文から6カテゴリー（14サブカテゴリー）が抽出でき、それらを「チーム医療」の4つの要素で分類すると、専門性志向と協働志向、また、専門性志向と職種構成志向の2つの相克関係が存在し、それらが阻害要因になるとともに、脆弱な協働志向も阻害要因になると考えられた。

特養での質の高い看取りを実現するためには、提供するチームケアが「良好な連携の決

定要因」で説明できるよう取り組むとともに、とくに協働志向を高めるための手立てが重要である。

注釈

- ※1 埼玉県立大学は、「複数の領域の専門職者（住民や当事者も含む）が、それぞれの技術と知識を提供しあい、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す協働した活動」と IPW を定義している。
- ※2 調査対象者が語った看護実践の内容を基に作成された「看取りを支える看護実践リスト案」から、局面ごとの「介護職への支援」と「医師との連携」の枠組みをカテゴリー相当とみなした。
- ※3 冷水豊編（2009）『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進～フォーマルケアとインフォーマルケアの新たな関係をめざして～』（有斐閣）に示された5段階の質的分析方法を参考としている。
- ※4 佐藤郁也（2008）『質的データ分析法—原理・方法・実践』（新曜社）の方法による。
- ※5 Vaughan, S, Schumn, J. C & Sinagub, J. M./井下理監訳、田部井潤・柴原宣幸訳（1996）『グループ・インタビューの技法』（慶応義塾大学出版会）の方法による。
- ※6 谷津裕子（2010）『Start Up 質的看護研究』（学研メディカル秀潤社）の方法による。
- ※7 細田¹³⁾ は、チーム医療の4つの要素に「専門性志向」、「患者志向」、「職種構成志向」、「協働志向」を挙げ、それらの6つの相克関係を示した。
- ※8 チーム医療の定義²⁴⁾：医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること。
- ※9 特養における看取りを実現させるための4つの成立条件（①施設方針の明確化、②入所者・家族への説明と意思尊重、③職員の共通理解の下でのケア、④医療提供体制の充実）のひとつ。
- ※10 特養における IPW 研修の効果が認められたプログラムとしては、「終末期ケア質を高める4条件」による方法³²⁾や「協働的内省」による方法³³⁾などがある。

文献

- 1) 厚生労働省人口動態・保健社会統計室（2016）『人口動態調査』

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html>, 2018.05.02).

- 2) 二木立 (2014)『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房.
- 3) 杉本浩章・近藤克則 (2006)「特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題」『社会福祉学』46 (3), 63-74.
- 4) 終末期医療に関する意識調査等検討会 (2014)『人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書』.
- 5) 慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教室 (2010)『平成 21 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業 地域における終末期ケアの意向と実態に関する調査研究 (Ⅱ) 報告書』.
- 6) 介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業に係る調査検討組織 (2015)『平成 24 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成 26 年度調査) (5) 介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書』.
- 7) 田中克恵・加藤真由美 (2016)「特別養護老人ホームの「よりよい終末期ケア」を支えるチームケアの要因—多職種チームの構成員およびチームプロセスの検討—」『日本看護研究学会雑誌』39 (5), 1-14.
- 8) 山田美幸・加瀬田暢子・岩本テルヨ (2005)「特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職者の課題—特別養護老人ホームの全国調査から—」『南九州看護研究誌』3 (1), 23-31.
- 9) 加瀬田暢子・山田美幸・岩本テルヨ (2006)「特別養護老人ホームのターミナルケアにおける介護職者と医師の看護職者に対する期待」『南九州看護研究誌』4 (1), 23-28.
- 10) 小山千加代・水野敏子 (2010)「特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に関する文献検討」『老年看護学』14 (1), 59-64.
- 11) 埼玉県立大学編 (2009)『IPW を学ぶ—利用者中心の保健医療福祉連携』中央法規出版.
- 12) Leticia San Martin-Rodriguez, Marie-Dominique Beaulieu, and Danielle D'amour, et al. (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl) ,132-147.
- 13) 細田満知子 (2012)『「チーム医療」とは何か—医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』日本看護協会出版会.

- 14) 加瀬田暢子・山田美幸・岩本テルヨ (2005) 「特別養護老人ホームでのターミナルケアに携わる看護職者の悩み—全国調査における自由記述の分析—」『南九州看護研究誌』3 (1), 11-21.
- 15) 小楠範子・萩原久美子 (2007) 「特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえ方—終末ケアにおける「よかったこと」「むずかしかったこと」に焦点を当て—」『老年社会科学』29 (3), 345-354.
- 16) 井澤玲奈・水野敏子 (2009) 「特別養護老人ホームにおいて最期を迎える利用者への援助」『東京女子医科大学看護学会誌』4 (1), 29-36.
- 17) 長畑多代・松田千登勢・山内加絵・他 (2012) 「生活の場である特別養護老人ホームでの看取りを支える看護実践の内容」『老年看護学』16 (2), 72-79.
- 18) 坂下恵美子・西田佳世・岡村絹代 (2013) 「特別養護老人ホームの看取りに積極的に取り組む看護師・介護士の意識」『南九州看護研究誌』11 (1), 1-9.
- 19) 宇佐美千鶴・篠田道子・上山崎悦代 (2014) 「終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態—従来型特別養護老人ホームとユニット型特別養護老人ホームの異同を通して—」『日本福祉大学社会福祉論集』(130), 167-190.
- 20) 松田実樹・杉本浩章・上山崎悦代・他 (2015) 「終末期ケアにおける専門職間協働の現状と課題：特別養護老人ホームにおける調査から」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』22, 167-176.
- 21) 孔英珠 (2017) 「看取り介護加算を算定している特別養護老人ホームの介護職員における看取り介護を行う上での困難・課題とその対処方法」『社会福祉学』58 (2), 26-41.
- 22) 田中克恵・加藤真由美 (2017) 「特別養護老人ホーム入所者の終末期に関わる多職種チームケアの成果—調査のミックス法から得たデータの質的機能的分析より—」『日本看護科学学会誌』37, 216-224.
- 23) 高野一江・青木頼子・竹内登美子・他 (2017) 「特別養護老人ホームに勤務する看護師・介護福祉士の看取りにおける役割」『日本看護福祉学会誌』22 (2), 115-130.
- 24) 厚生労働省 (2010) 『チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会報告書) 平成 22 年 3 月 19 日』.
- 25) 山内加絵・長畑多代 (2017) 「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の開発」『日本看護福祉学会誌』22 (2), 15-29.
- 26) 田中克恵・加藤真由美 (2017) 「特別養護老人ホーム入所者の終末期に関わる多職種チー

ムケア成果尺度の開発」『日本看護科学会誌』 37, 279-287.

- 27) 山田美幸・岩本テルヨ (2004)「特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題」『南九州看護研究誌』 2 (1), 27-37.
- 28) 田中克恵 (2011)「特別養護老人ホームの終末期ケアに関する研究—看取り介護加算の算定を支える終末期ケアのストラクチャーとプロセス」『社会福祉学研究』 (6), 11-19.
- 29) 杉本浩章・近藤克則 (2006)「特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題」『社会福祉学』 46 (3), 63-74.
- 30) 原沢優子 (2018)「在宅看取りにおける多職種チーム・モデルと課題」篠田道子・原沢優子・杉本浩章・他編『多職種で支える終末期ケア—医療・福祉連携の実践と研究—』中央法規出版, 121-133.
- 31) 公立大学法人埼玉県立大学 (2018)『在宅医療・介護連携推進事業に係る効果的な事業の推進方法と評価に関する調査研事業報告書—在宅医療・介護連携推進事業の進め方マニュアル—』平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分).
- 32) 杉本浩章 (2017)「地域包括ケアシステム下での看取りを実現するための研修プログラム開発」『地域ケアリング』 19 (10), 91-95.
- 33) 島田千穂, 伊藤美緒, 平山亮, 他 (2015)「看取りケア経験の協働的内省が特別養護老人ホーム職員の認識に及ぼす影響」『社会福祉学』 56 (1), 87-100.

表1 分析対象論文とカテゴリー

著者	文献 番号	調査対象	調査・分析法	カテゴリー	サブカテゴリー
加瀬田ら (2005)	14	看護職者	質問紙調査（自由記述欄 のテキスト分析）・内容 分析	関係者との連携困難による悩み	介護職との連携困難
					医療機関との連携困難
					複数の人との連携困難
				業務と責任への悩み	医師不在の負担
小楠ら (2007)	15	看護職員，介護職員	質問紙調査（自由記述欄 のテキスト分析）・内容 分析	衰退過程に応じた食事支援	介護職員と看護職員間での食事状況の共有
				チーム内意見交換不足でケアの工夫のタイミングを 逃す	看護職員から介護職員への状況に応じたケアの意味 の説明不足
					状態変化に対する看護職員間の意見交換不足
					食事支援の検討不足
					状態変化の表現のむずかしさ
				ホーム体制の限界で本人の希望にこたえられない	嘱託医による高齢者理解の限界
井澤ら (2009)	16	看護師	個別面接・内容分析	利用者が入所時から過ごしてきた特養での生活を維持する	利用者の身体状態を改善するよう働きかける
				利用者の残された時間を充実させるために各専門職 の援助をまとめる	介護職員の利用者への援助を裏方として支える
					医師に看取りに関する協力を得る
					その他の専門職を看取りに参加させる
長畑ら (2012)	17	看護職	半構成質問紙を用いた 個別面接 ※2	医師との連携	処置内容を相談する
					看取りがスムーズに行えるよう協力を仰ぐ
					看取りが近いことを確認し，家族に伝えてもらう
				介護職への支援	負担の軽減を図る
					ケアの具体的な方法を指導する
					看取りが近いことを知らせ，ともにケアを考える
坂下ら (2013)	18	看護師，介護士	半構造化面接・修正版 GTA	看護師・介護士（専門職）の役割	責任・判断
					介護の力を支える ※介護士のみ

					先輩としての役割 ※看護師のみ
				協力し合える仲間の存在	職員間の信頼
					情報の共有
宇佐美ら (2014)	19	(従来型特養) 看護師, 生活相談員, 介護福祉 士, 介護支援専門員, 理 学療法士, 管理栄養士	FGI・冷水らによる方法 を簡易化 ※3	終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有	主治医による「看取り診断」の宣言
					「看取り説明会」での多職種によるケアプランの検 討
				具体的な指示・情報の伝達	看護師からの具体的な指示の伝達
					医師からの速やかな情報伝達
				夜間の不安を支える体制作り	夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫
				看取りの環境作り	看護と介護の協働による普段と変わらない環境づく り
		多職種・他機関への相談・連携		多職種の意見を聞き, 客観的な視点を追加	
				病院と連携したケア	
		コアメンバーによる毎日のミーティングで情報共有		コアメンバーの形成	
				毎日のミーティングで情報共有	
		タイムリーな話し合いと実行		今できることをタイムリーに	
				引き延ばさない体制づくり	
		夜間の不安を支える体制作り		未経験者や新人の不安を支える職員配置	
				看護師による具体的な指示と助言	
				夜間をカバーする体制と指示系統	
		看取りの知識と独自ケアの普及		看取り普及委員会の取り組み	
		看取りケア開始の宣言と家族・多職種による情報共 有		主治医による「看取り診断」の宣言	
				家族や主治医と看取りの方針を共有	
				多職種でケアプランを作成	
松田ら (2016)	20	看護師, 介護福祉士, 社 会福祉士, 管理職 (社会 福祉士	FGI・内容分析	専門職間の役割を理解した上での支援	介護福祉職としての日々の取り組みをする
					家族と医師の間に立つ看護師の役割
					施設看護師としての家族への支援をする
					それぞれの専門的役割を追究していく

					死別期に利用者の一番近くにいる介護福祉職としての役割
				連携と協働を意識したチームケアの試み	介護福祉職が行う多職種参加のグループ会議の開催をする
					看護師がローテーションすることによる介護福祉職の連携の難しさ
					看護師としての他職種に対する連携の仕方を工夫する
					多職種で質の高いケアの実現に向けて努力する
					多職種での情報共有において思いを伝えようと努力する
					本人、家族の意向を多職種で共有する
					介護福祉職のグループ会議に看護職が参加できない
				多職種で情報共有するための仕組み	終末期に限定したカンファレンスが実施できていない
					書面では職種としての思いまでは伝えきれていない
					書面を使った多職種との情報共有を行う
					デスカンファレンスの実施状況
				施設、法人の特徴	本人の意思を施設間で共有することを大切にする
孔(2017)	21	介護職員	半構造化面接・佐藤による方法 ※4	看取り介護体制を整える	職員間の協力・連携
				入所者のニーズの確認と共有に努める	生活史や好みの情報収集
					情報・知識の共有
				看取り介護にきちんと向き合い前向きにとらえる	上司・同僚への相談
田中ら (2017)	22	看護職員、介護福祉士、 介護支援専門員・生活相談員、 管理栄養士の職種ごとの4グループ	FGI・Vaughn らによる方法 ※5	チームケアの質の向上	本人または家族との良好な関係
					目指す終末期ケアの達成
					チームアプローチの向上

高野ら (2017)	23	看護師, 介護福祉士	半構成的面接法・谷津による質的機能的分析法 ※6	(介護福祉士に対する役割 ※筆者加筆) 介護の領域を理解し連携する	介護士から生活中心のケアについて教えられる
				(介護福祉士に対する役割 ※筆者加筆) 看取りに自信をもつための教育を支援する	看取りを進めるためには協力することが大切だと気付く
					お互い対等な関係であることに気づく
					生活を支えるのは介護士であるという自信をつける
					看取りに不安な介護士の気持ちをねぎらう
					先を見越して予測する技術・能力をつける
					死に逝く経過についての理解を深める
					看取りに入っても今まで通りのケアを継続してもらいたい

表3 IPW 促進要因

著者	カテゴリー	サブカテゴリー	項目	要因
小楠ら (2007)	衰退過程に応じた食事支援	介護職員と看護職員間での食事状況の共有	コミュニケーション	対人関係要因
井澤ら (2009)	利用者が入所時から過ごしてきた特養での生活を維持する 利用者の残された時間を充実させるために各専門職の援助をまとめる	利用者の身体状態を改善するよう働きかける	組織的理念	組織的要因
		介護職員の利用者への援助を裏方として支える	信頼	対人関係要因
		医師に看取りに関する協力を得る	チーム資源	組織的要因
		その他の専門職を看取りに参加させる	組織構造	組織的要因
長畑ら (2012)	医師との連携	処置内容を相談する	協力と交流	組織的要因
		看取りがスムーズに行えるよう協力を仰ぐ	協力と交流	組織的要因
		看取りが近いことを確認し、家族に伝えてもらう	相互尊敬	対人関係要因
	介護職への支援	負担の軽減を図る	専門家要因	制度的要因
		ケアの具体的な方法を指導する	教育的要因	制度的要因
		看取りが近いことを知らせ、ともにケアを考える	組織構造	組織的要因
坂下ら (2013)	看護師・介護士（専門職）の役割	責任・判断	専門家要因	制度的要因
		介護の力を支える ※介護士のみ	組織的理念	組織的要因
		先輩としての役割 ※看護師のみ	社会的要因	制度的要因
	協力し合える仲間の存在	職員間の信頼	信頼	対人関係要因
		情報の共有	コミュニケーション	対人関係要因
宇佐美ら (2014)	終末期ケア開始の宣言と多職種による情報共有	主治医による「看取り診断」の宣言	専門家要因	制度的要因
		「看取り説明会」での多職種によるケアプランの検討	協力と交流	組織的要因
	具体的な指示・情報の伝達	看護師からの具体的な指示の伝達	専門家要因	制度的要因
		医師からの速やかな情報伝達	専門家要因	制度的要因
	夜間の不安を支える体制作り ※従来型	夜間の介護体制をカバーする職員配置の工夫	管理者の支援	組織的要因
	看取りの環境作り	看護と介護の協働による普段と変わらない環境づくり	組織的理念	組織的要因
	多職種・他機関への相談・連携	多職種の意見を聞き、客観的な視点を追加	文化的要因	制度的要因

		病院と連携したケア	チーム資源	組織的要因
	コアメンバーによる毎日のミーティングで情報共有	コアメンバーの形成	組織構造	組織的要因
		毎日のミーティングで情報共有	協力と交流	組織的要因
	タイムリーな話合いと実行	今できることをタイムリーに	組織的理念	組織的要因
		引き延ばさない体制づくり	組織構造	組織的要因
	夜間の不安を支える体制作り ※ユニット型	未経験者や新人の不安を支える職員配置	管理者の支援	組織的要因
		看護師による具体的な指示と助言	専門家要因	制度的要因
		夜間をカバーする体制と指示系統	専門家要因	制度的要因
	看取りの知識と独自ケアの普及	看取り普及委員会の取り組み	協力と交流	組織的要因
	看取りケア開始の宣言と家族・多職種による情報共有	主治医による「看取り診断」の宣言	専門家要因	制度的要因
		家族や主治医と看取りの方針を共有	組織構造	組織的要因
		多職種でケアプランを作成	協力と交流	組織的要因
松田ら (2015)	専門職間の役割を理解した上での支援	介護福祉職としての日々の取り組みをする	専門家要因	制度的要因
		家族と医師の間に立つ看護師の役割	社会的要因	制度的要因
		施設看護師としての家族への支援をする	専門家要因	制度的要因
		それぞれの専門的役割を追究していく	専門家要因	制度的要因
		死別期に利用者の一番近くにいる介護福祉職としての役割	専門家要因	制度的要因
	連携と協働を意識したチームケアの試み	介護福祉職が行う多職種参加のグループ会議の開催をする	協力と交流	組織的要因
		看護師としての他職種に対する連携の仕方を工夫する	信頼	対人関係要因
		多職種で質の高いケアの実現に向けて努力する	連携の喜び	対人関係要因
		多職種での情報共有において思いを伝えようと努力する	文化的要因	制度的要因
		本人、家族の意向を多職種で共有する	コミュニケーション	対人関係要因
	多職種で情報共有するための仕組み	書面を使った多職種との情報共有を行う	協力と交流	組織的要因
	施設、法人の特徴	本人の意思を施設間で共有することを大切にする	文化的要因	制度的要因
孔 (2017)	看取り介護体制を整える	職員間の協力・連携	組織構造	組織的要因
	入所者のニーズの確認と共有に努める	生活史や好みの情報収集	コミュニケーション	対人関係要因
		情報・知識の共有	コミュニケーション	対人関係要因
	看取り介護にきちんと向き合い前向きにとらえる	上司・同僚への相談	管理者の支援	組織的要因

田中ら (2017)	チームケアの質の向上	本人または家族との良好な関係	連携の喜び	対人関係要因
		目指す終末期ケアの達成	連携の喜び	対人関係要因
		チームアプローチの向上	教育的要因	制度的要因
高野ら (2017)	(介護福祉士に対する役割) 介護の領域を理解し連携する	介護士から生活中心のケアについて教えられる	相互尊敬	対人関係要因
		看取りを進めるためには協力することが大切だと気付く	文化的要因	制度的要因
		お互い対等な関係であることに気づく	組織構造	組織的要因
	(介護福祉士に対する役割) 看取りに自信をもつための教育を支援する	生活を支えるのは介護士であるという自信をつける	教育的要因	制度的要因
		看取りに不安な介護士の気持ちをねぎらう	相互尊敬	対人関係要因
		先を見越して予測する技術・能力をつける	教育的要因	制度的要因
		死に近く経過についての理解を深める	教育的要因	制度的要因
		看取りに入っても今まで通りのケアを継続してもらいたい	信頼	対人関係要因

第2節 病院における IPW の促進要因と阻害要因；フォーカスグループインタビュー

1. 背景と第3章第2節の目的

今後、死亡者数の急増が確実に見込まれるわが国においては、地域包括ケアシステムのもと、IPW による統合的なケア提供を実現する体制が求められている¹⁾。臨床レベルでも、終末期ケアでは多元的な価値観の必要性から IPW が試される²⁾ など、IPW は地域包括ケアシステム下の看取りの方法論となる。

医療提供体制の面から IPW をみれば、現代の医療は医療専門職の許容量を超えた医療が求められているとされ、医療の質を高め効率的に医療を提供するためにチーム医療が推進されている³⁾。プライマリケア等においては多くの研究の蓄積により、すでに IPW によることの効果が実証⁴⁾ されているが、終末期ケアでの IPW による医療・生活の質の向上等の実証は十分ではない。

他方、終末期ケアにおけるケアマネジメントでは、丁寧にそのプロセスを踏むことで看取りの質を高められることが示唆されている⁵⁾。介護・福祉ニーズとともに医療ニーズが高まる高齢者の終末期ケアでは、医療との連携は重要な課題であり、IPW は不可欠な要素となる。IPW に基づくケアマネジメントにより、終末期ケアの質を向上させ、ひいては QOD (Quality of Death) を確保することが求められる。

先に示したチーム医療において、どのような IPW の促進・阻害要因があるかを知ることとは、終末期のチームケアにおいて、IPW に基づく質の高いケアマネジメントを実践するための示唆をもたらすだろう。

そこで本節では、病院での終末期ケアに焦点をあてる。終末期ケアマネジメントにおける IPW のあり方についての示唆を得るために、緩和ケア病棟を有する病院で IPW に取り組む多職種への質的調査を行い、IPW の促進・阻害要因を検討した。その過程で明らかとなった要因については、先行研究に照らし合わせることで、その妥当性を検証した。そのうえで、終末期ケアマネジメントにおける IPW を担う、ソーシャルワーカーの養成教育上の課題についても検討を加えた。

2. 対象と方法

1) 調査実施機関と調査対象者

調査は、緩和ケア病床を含む一般病床と地域包括ケア病床を合わせた病床数が 400 床を

を超える病院で実施した（表 1）。当該機関は、調査時点において緩和ケア病棟の設置から 3 年以上の実績を有するが、それ以前から、独自の緩和ケアチームを立ち上げ取り組んでいたことに特徴がある。このチームは、設置が義務付けられているがん診療連携拠点病院における「緩和ケアチーム」や、緩和ケア診療加算という「専従チーム」とは異なる組織であり、各病棟からの緩和ケアにかかる相談症例について検討し、コンサルテーション機能を担う。このような緩和ケアチームに着目したのは、制度上に位置づけられたチーム医療とは異なる IPW を対象とすることで、当該制度がもたらす IPW への影響を排除し、看取りの場を問わず終末期ケアマネジメントを実践する際の IPW の促進・阻害要因を見出すためである。

表 1 調査実施機関及び調査対象者の概況

		病院全体	緩和ケア病棟	緩和ケア病棟 全国平均※1
調査実施機関	平均在院日数	20.5 日	25.5 日	34.7 日
	入院患者数	6,533 人	69 人	172.2 人
	死亡患者数	433 人	142 人	143.1 人
	死亡退院患者割合	6.6%	80.2%	85.1%
調査対象者※2	医師	①26 年, ②3 回, ③0 回		
	緩和ケア認定看護師	① 4 年（看護師として通算 20 年）, ②10 回, ③0 回		
	作業療法士	①15 年, ②0 回, ③0 回		
	社会福祉士	①15 年, ②3 回, ③2 回		
	管理栄養士	①10 年, ②0 回, ③0 回		
	薬剤師	① 6 年, ②3 回, ③0 回		

※1 宮下ら⁶⁾が示したデータ（2013 年度の実績）

※2 ①実務経験年数, ②終末期ケアに関する研修受講回数（直近 3 か年）, ③ IPW に関する研修受講回数（直近 3 か年）

なお、緩和ケア病棟における 2014 年 1 月～12 月までの入院患者数は 69 人と少ない。しかし、平均在院日数は全国平均より 9 日ほど短く、死亡患者数や死亡退院患者割合につ

いては全国平均と同水準にある⁶⁾。

調査対象者は、医師 1 名（病院経営の管理的立場にある医師）、緩和ケア病棟専従の緩和ケア認定看護師 1 名、作業療法士 1 名、社会福祉士 1 名、管理栄養士 1 名、薬剤師 1 名の計 6 名である。調査対象者の選出は、事前に調査の趣旨説明を行い適任者の選出を調査実施機関に一任した。

2) 調査の手順と調査者の役割分担

調査の手順や調査者の役割分担は、Vaughn ら⁷⁾が提唱する技法に準じ次の通りとした。

調査は 2014 年 11 月に対象者を一同に集め、フォーカスグループインタビューを 2 時間実施した。同法は、グループダイナミクス効果を得られる点で量的調査や他のインタビュー法より秀でており、有効な探索的アプローチを可能とする⁷⁾。そのため調査者であるインタビュアーは、グループダイナミクスを引き出し、その結果として多様に形成される意見の整理につながるよう、ケースメソッドのディスカッションリードやグループ面接など集団運営を数多く経験している者が担当した。その他、2 人の共同研究者が記録者として同席し、記録者は、分析の際に参考になると思われる参加者の態度、表情、声の大きさ・抑揚、周囲の雰囲気など非言語的表現について書きとめた「観察記録」の作成を担った。

調査内容は、終末期ケアにおける IPW の現状や課題、また、IPW 促進に向けた教育・研修について、以下の 3 点について尋ねた。

- ① 終末期ケアにおける IPW についての取り組みや工夫
- ② 終末期ケアにおける IPW についての課題
- ③ 終末期ケアにおける IPW を想定した研修に求めること

インタビュー内容は、紙面および口頭での承諾を得て、番号札を参加者の名前の代わりにすることで匿名性を確保した上で IC レコーダーに録音した。その作業については専門業者に委託し、インタビュアーと記録者はそれぞれ役割に専念した。

3) 分析方法

分析は、Vaughn ら⁷⁾による 5 段階の分析方法—基本的考えを確認する第 1 段階、データの単位化を行う第 2 段階、単位化したデータのカテゴリーにする第 3 段階、複数の分析

者によりカテゴリーを確定する第4段階、主題を確認し理論を適用する第5段階—を参考に、以下の手順で分析した。すべての過程において、インタビューアーと記録者の計3名が分析者として携わっている。

- ① 第1段階：逐語録から3名の分析者が独立して IPW に関連する重要な意見や意味深い意見を拾い出し、「観察記録」の非言語的データと突合せながら仮コードとして抽出した。
- ② 第2段階：3名の分析者が仮コードを持ち寄り、仮コードと観察記録との突合を繰り返す中で、3名が一致してコードに該当すると判断したものを最終的な「コード」とした。
- ③ 第3段階：第2段階で精選したコードについて、その意味内容から類似していると判断したものを集めて「サブカテゴリー」にまとめた。その過程では、分類の精度を高めるため、逐語録や観察記録に戻り意味内容を再確認する作業を繰り返した。
- ④ 第4段階：サブカテゴリーを確定後、さらに意味内容が類似していると判断したものを集めて「カテゴリー」を決定した。この段階でも第3段階と同様に、サブカテゴリー・コードの意味内容を再確認する過程を経ている。
- ⑤ 第5段階：主題（IPW の促進要因と阻害要因となるもの）を確認し、先行研究に照らし合わせカテゴリーの構造を分析した。

3. 結果

前述の作業の結果、140 のコード、63 のサブカテゴリーで構成する 15 のカテゴリーが生成できた（表2；節末資料）。以下、カテゴリーを【 】で、それに属するサブカテゴリーは< >、コードは“ ”で表記する。

1) 終末期ケアにおける IPW についての取り組みや工夫

IPW の促進につながるであろう IPW についての取り組みや工夫は、8 カテゴリー、24 サブカテゴリーに分類・整理できた。以下、カテゴリーごとに主な内容を示す。

【評価指標を用いた定期的なカンファレンスと回診の実施】 日常的な IPW の取り組みには、“毎日、朝夕に回る。朝一番と、午後にも一回”という<医師による毎日2回の回

診と必要に応じた医師以外の参加＞があり、また、“緩和ケアの STAS-J という評価書式を使って、どういうふうに皆が思っているかについて客観的な評価”をしながらの＜多職種による評価指標を用いた週一回のカンファレンス＞を実践している。

【モバイル型で活動する緩和ケアチームの存在】 院内には“加算は取っていないが、緩和ケアチームというものが存在している。各病棟をラウンドするかたちのチーム”という＜院内を横断する緩和ケアチームの存在＞がある。そのチームには、＜調理士が緩和ケアチームに参加＞するなど、＜緩和ケアチームは一般病棟の多職種から 1 人ずつ選出＞されているため、“一般病棟にも 1 人ずつ緩和ケアチーム担当の人がいる”体制をとっている。

【協働を下支えする、タイムリーでインフォーマルな情報交換】 患者と専門職の間では、＜普段の話から本人のニーズが拾える＞。それらの情報をもとに、“日々のところで微調整することが非常に多いように思う”など＜病状や ADL の変化にタイムリーに対応するためのインフォーマルな情報交換＞が行われ、＜短い時間をカバーするインフォーマルな情報活用＞がされている。“カンファレンスに加えて、普段から看護師さんたちとやり取りするなど、インフォーマルなかたちで情報交換している”ことが、＜インフォーマルな情報交換が協働の下支えになっている＞という組織である。

【院内外との情報共有による柔軟な対応】 情報共有の柔軟さは院外にも及び、“在宅ケース等いろいろ経過のある患者さんについては、ケアマネージャー等から情報をいただいたり、それについては病棟にも経過報告したりしながら取り組んでいる”など＜前の担当者に対応したり、ケアマネからの情報をもらいながら、ケースバイケースで対応＞している。

【院内外の多職種が参加する緩和ケア研修の実施】 そのような関係は日常的なものだけでなく、＜院内外の多職種が参加する年 3 回の学習会を実施＞しており、それは“病院の職員全員が参加できるもので、地域の訪問看護の方たちにもお知らせしている”。

【緩和ケア病棟をコーディネートし柔軟に対応する看護師】 IPW において主要な役割を果たしているのは看護師であり、＜看護師が部屋までついてきてサポートする＞など、＜インフォーマルな情報交換の窓口は担当看護師＞が担っている。一方で、“退院調整のと

きは、医師がメインになることが多いかもしれない”，“在宅や退院に際しては、ソーシャルワーカー部の方に相談があったりする”など、＜問題の状況によって柔軟に対応する看護チーム＞でもある。

【他の職種のかかわりに感謝する組織風土】 円滑な IPW の背景には、＜リハビリ職等の手厚い配置＞があることに加え，“呼んだ時に来てくださるだけでありがたい”，“問題が起きたときに介入してくさるので、ありがたい”といった＜毎日顔を出してくれることへの感謝＞の気持ちを持つなど、＜誰が気付いても感謝する組織風土＞が存在する。

【専門職間協働のための環境整備や仕組みづくり】 また、組織風土だけでなく IPW のための具体的な取り組みもみられる。“いろいろな職種の方がベッドサイドに行ってくださいるわけだが、多職種で対応しているからこそ患者さんは言いやすいことが結構ある”という＜多職種でかかわることで多く貴重な情報が得られる＞認識のもと、＜患者から発せられる情報を全スタッフが共有できる仕組み＞や＜多職種で対応することで患者が話しやすい環境づくり＞に努め、＜経験が少ないスタッフへのケアとアドバイス＞の重要性も感じている。IPW における医師と他職種との関係づくりでは、“社会的な問題や生き方の問題なんかに焦点が当てられた場合は、医者だから云々ということは特別なくなってくる”こともあり、＜医師による責任に局在するリスクもあるため、分散させるように、医師のポジションの取り方が重要＞で、“チームで取り組む以上はいろいろな人が責任を持って意見を出し合って、患者さんやご家族にとって一番よい答えを模索したい”との思いから、＜医師の意見がチームに通されやすくないように配慮＞している。

2) 終末期ケアにおける IPW についての課題

IPW の阻害要因ともなり得る IPW についての課題は、4 カテゴリー、18 サブカテゴリーに分類・整理できた。いずれも、緩和ケア病棟ができたことにより生じた・浮き彫りになった課題である。

【緩和ケア病棟への十分な貢献ができないジレンマ】 病棟の患者に対しては、“すべての患者さんに深く関わっている状況とは言えない”状況で、＜必要な時に病棟に赴くが時間が取れない＞。“緩和ケアにいらっしゃる患者さんにはそれなりに時間を割く必要があるけれど、なかなかできない”という＜患者と関わる時間がないことのジレンマ＞を抱いている。

IPW の一員という立場においても、“主に病棟からの訪問依頼とか嗜好調査がほとんどだ”など＜積極的に関わらず病棟からの依頼で動く＞ことも多く、＜能動的にアプローチできないことのジレンマ＞や＜受け身な対応で早めの対応ができないジレンマ＞がある。

【同職種内の連携や情報共有の課題】 一方で、“緩和ケア病棟ができたことで一点集中となり、これまで皆で取り組んでいた緩和ケアについての問題というのが一部のスタッフに集中してしまうようなことがあり、そういうところで溝のようなものが生まれ、（緩和ケア以外のスタッフは）やや学習とか啓蒙が不足している面がある”など、＜緩和ケア病棟ができたことで、多職種との連携はしやすいが、他部署にいる同職種との連携ができにくくなる＞状況も生じている。そのため、緩和ケア病棟内では＜1人職場ゆえに専門的相談ができない不安と知見が深まらないこと＞や＜担当者が交代することによる引継ぎや情報共有がうまくいかない部署内の問題＞といった課題がみられる。

【特別な存在と認識される緩和ケア病棟】 ＜緩和ケア病棟ができたことで意識が高まる＞側面はあるものの、“勝手に「この患者さんは緩和ではない」とか「緩和だ」とか決めていたりして、「こんな方（筆者注：緩和ケアを必要とする人）がおられるわ、大変。もっと早く言ってもらえたらよかったのに」とか言うのと、「いえ、この人は緩和（筆者注：病棟の利用対象者）じゃないので」とか言われる”という＜職種による患者に対するイメージの違い＞がある。また、“緩和ケア病棟ができたことで、「緩和ケアを受ける人＝緩和ケア病棟に入る人」という雰囲気”になり、＜緩和ケア病棟が、死を迎える場所というイメージが定着＞し、＜緩和ケアを特別視する＞こととなった。“本来、緩和ケアというのは皆さんに提供されるべきこと”であるはずが、＜緩和ケア病棟ができたことによる区切りができていゝ。そのため、“緩和ケア病棟の患者さんというのは「退院されずに亡くられる」というイメージ”が強く、＜緩和ケアを特別視するため一般病棟との差が生じる＞ことの危惧がある。“要するに、緩和ケア病棟にお任せするようなスタンスになっていくと、一般病棟でやるべき緩和ケアのレベルが下がってしまうということ”という＜一般病棟の緩和ケアのレベルが低下することが心配＞されるのだ。事実、＜緩和ケア病棟ができてからチームへのコンサルテーション（筆者注：の依頼）が減少＞し、＜緩和ケアチームへの依頼は月3回に減少＞など、＜専門家に任せるというイメージ＞が定着することで“「緩和ケア病棟に入る人しかコンサルテーションしてはいけない」と思われたりしているようだ。

【緩和ケア病棟からの依頼による特別な対応】 <調理師が食べられるものを個別に判断して対応>し、“病棟からの依頼で、誕生日の方にはお好きなものを付け加えている”など<病棟からの依頼で誕生日や季節に対応したメニュー作り>に取り組んでいる。しかし、その背景には、“緩和ケア病棟だけ特別に「緩和ケアメニュー」というものを作っている”など<緩和ケアという特別な存在>との認識があり、緩和ケア病棟が特別な存在となっている側面がある。

3) 終末期ケアにおける IPW を想定した研修に求めること

阻害要因を低減し IPW を促進するためには、そのための教育研修が欠かせないだろう。そこで、終末期ケアにおける IPW を想定した研修に求めることを分類・整理したところ、3 カテゴリー、18 サブカテゴリーとなった。

【緩和ケアの基礎的知識の獲得】 “たまに来てくださるスタッフさんは、そのときにうまくいかなくて「あの人、もう来てほしくない」なんて言われたら、簡単には関係が回復できない”こともあり、<人間関係がしっくりいかないときの研修>や<具体的な患者への接し方、声のかけ方を知りたい>といった、基礎的な知識の獲得が研修には求められる。加えて、<福祉職としては医療知識や病態理解を深めたい>という、医療職ではない専門職が加わるチーム医療ならではの要望もある。

【専門職固有の視点と IPW で求められる視点の理解】 また、IPW において専門性をいかに発揮するのか、という点での発言もみられた。“一生懸命になるがためにいろいろアプローチしてしまう。そのへんのやりくりが難しいことがある”など、<一生懸命になるがゆえの目標がからまわりし、患者の QOL や目標がズレてくる>。そのため、<患者や家族の目標とスタッフ側のズレを修正することが必要>で、<患者や家族にとっての満足はどう考えるか、という考え方の研修が必要>となる。<どうすれば患者は幸せなのかということを多職種で共有することが重要>なのであって、ときに<専門職としての視点を変更することを考える>必要もある。つまり、<専門性を発揮できなくてもよいと考える視点を持つこと>であるが、<専門職としての目標を容易に変更できないジレンマ>も抱えている。専門職としては、<介入した成果がわかりづらいとストレスになる>が、IPW の

なかでは個々のアプローチによる直接的なく成果が見えにくくてもやりがいを持って職務を全うする>ことが求められる。終末期における IPW を想定した研修には、<緩和ケアそのものと専門職間協働の2つを同時に理解すること>という“研修の意味には二つのことが含まれていると思う”。

【他の職種や他施設の取り組みを知る】 IPW を進めるうえでは、“各職種にとって欲しい情報が何かということがわかると取り組みやすい”ため、研修を通して<他の職種が取り組んでいること、思っていることを互いに知りたい>。<ロールプレイによって他の職種のことを考える機会を持つ>ことで、“そういうことを表出し合うことによって、他の職種がどう考えて自分たちを見ているかということを確認できることもある”と考えられている。そのようなことを通して、“他の職種にはそれぞれどんな強みがあるかを知ることができれば、チームとしてより連携できると思う。逆に、私の職種のことを知っていただくことにもなる”(＜他の職種の強みを知り、ソーシャルワーカーへの理解を促したい＞)。これらの発言は、実際に、“緩和ケア学習会のなかにリハビリスタッフと薬剤師さんと栄養士さんに発表してもらった時間をつくった”という<多職種の仕事や役割を発表しあうことで理解を促進させた>経験に基づく。さらに、<他の施設の取り組みについて知りたい、モデルになるようなケースを知りたい>との意見もあった。

4. 考察

本調査によって、IPW の促進・阻害要因にかかるいくつかの知見を得た。

しかし、調査手法に由来する次の留意点がある。調査対象について、本研究の趣旨に照らして相互作用的な議論を導くことを目的とし、「理論的—目的」な方法に基づくサンプリングの論理⁸⁾により代表性を問うていない。この方法による調査の結果は一般化を求められるものではないものの、他所でも同様の調査を繰り返すことで共通点が見出せれば、広く認識される結果に近づけることは可能であろう⁷⁾。よって、本調査で導き出した促進・阻害要因とは、現時点ではその可能性を示すにとどまる。

以上を踏まえ、3つの視点—なぜ IPW が促進されたか、IPW を阻害する組織構造と専門性、IPW を促進するためのソーシャルワーカー養成教育上の課題—から考察する。

1) なぜ IPW が促進されたのか

IPW の究極的な目的は患者の利益にあるべきだが、そのためには、IPW に基づくチームに課された課題が解決できたという前提がある。ゆえに、構成員がチームに課せられた課題の解決のために協働する「集中的相互依存」⁹⁾の要素とその成果が不可欠となるだろう。「IPW に必要な専門職の実践力」¹⁰⁾をもとに、「多職種と協働する力」に含まれるセルフコントロール等をミクロレベルの実践力と捉えれば、多職種とのコミュニケーションや「チームを動かす力」はメゾレベルに位置付く。病院組織や医療提供制度の有り様といったチームを動かすための環境を整えるという視点から「チームを動かす力」を捉えれば、マクロレベルの実践力をも包含することになるだろう。チームにおいて各レベルの実践力が存在することは、先の成果を生む条件といえる。

今回、「IPW の取り組みや工夫」から生成した8つのカテゴリーをみると、【院内外の多職種が参加する緩和ケア研修の実施】などミクロレベルの力を醸成する取り組みがあり、【協働を下支えする、タイムリーでインフォーマルな情報交換】などメゾレベルの実践力が充実しており、【専門職間協働のための環境整備や仕組みづくり】といったマクロレベルのアプローチがみられた。つまりこのチームは、ミクロ、メゾ、マクロのそれぞれのレベルで「IPW に必要な専門職の実践力」を備えていたことが伺える。

それでは、このような実践力があれば、なぜ、IPW が促進されるのか。別の視点から8つのカテゴリーをみてみよう。

Martin-Rodriguez ら¹¹⁾は IPW にかかるレビュー論文を著し、良好な連携の決定要因を対人関係要因、組織的要因、制度的要因から説明している。これらの因子と「IPW の取り組みや工夫」から生成したカテゴリーの対照表が表3である。

活発で開かれたコミュニケーションなどを含む対人関係要因には【院内外との情報共有による柔軟な対応】など、リーダーシップや管理者の支援といった組織的要因には【緩和ケア病棟をコーディネートし柔軟に対応する看護師】など、それぞれ3つずつのカテゴリーが該当すると思われる。これらのカテゴリーの存在は、福原¹²⁾が指摘する「機能していないチームの共通課題」である3つの力（リーダーのマネジメント力、メンバーのメンバーシップ力、チーム内のコミュニケーション力）の欠如とは対極にあったことを意味するだろう。また、他職種の実践の理解やその教育を挙げた制度的要因においても、【院内外の多職種が参加する緩和ケア研修の実施】など2つのカテゴリーをあてはめることができる。

表3 「良好な連携の決定要因」とカテゴリーの対照表

対人関係要因 Interactional determinants of inter-professional collaboration	
Willingness to collaborate	【内外との情報共有による柔軟な対応】 【協働を下支えする，タイムリーでインフォーマルな情報交換】 【他の職種のかかわりに感謝する組織風土】
Trust	
Communication	
Mutual respect	
組織的要因 Organizational determinants of inter-professional collaboration	
Organization's philosophy	【緩和ケア病棟をコーディネートし柔軟に対応する看護師】 【評価指標を用いた定期的なカンファレンスと回診の実施】 【モバイル型で活動する緩和ケアチームの存在】
Administrative support	
Resource	
Coordination mechanisms	
制度的要因 Systemic determinants of interprofessional collaboration	
Social system	【院内外が多職種が参加する緩和ケア研修の実施】 【専門職間協働のための環境整備や仕組みづくり】
Cultural system	
Professional system	
Educational system	

※ Martin-Rodriguez ら¹¹⁾ の分類をもとに筆者作成

このように、本調査では3つの決定要因すべてにおいて、良好な連携を実現するための取り組みが認められた。「IPWに必要な専門職の実践力」の向上を図り、これら3つの決定要因を意識したチーム作り・運営は、医療機関内のみならず、介護支援専門員が終末期ケアマネジメントにおいてIPWを推進していく上での指標ともなるだろう。

ただし、このIPWの推進は、ミクロレベルにおけるケアマネジメントにとどまるものではない。第2章で指摘したように、メゾレベルやマクロレベルにおいても終末期ケアの課題が存在している。日本では、現状、ケアマネジメントはミクロレベルからメゾレベルの支援方法と認識されるが、ミクロレベルの個別支援の取り組みがマクロレベルの支援システムの改善につながる¹³⁾という認識をもつべきだろう。

2) IPW を阻害する組織構造と専門性

一方で、IPW を阻害する要因として2つの点が浮かび上がった。1つは病棟単位や同職種単位という病院の組織構成上の枠組みと、その枠組みとは異なる緩和ケアチームが並存する意義に対する認識の齟齬である（【緩和ケア病棟への十分な貢献ができないジレンマ】、【同職種内の連携や情報共有の課題】、【特別な存在と認識される緩和ケア病棟】、【緩和ケア病棟からの依頼による特別な対応】）。この背景の1つには、緩和ケア病棟の設置にともない、それまでは明確でなかった緩和ケアの専門性や IPW を手段とするケアに対する意識の不統一性が鮮明になったことが挙げられるだろう。IPW は構成員の意見調整における非効率性という欠点を持つという¹⁴⁾。これらのカテゴリーは、緩和ケア病棟を有する病院という組織レベルでみた職種構成において、緩和ケア病棟や緩和ケアチームの役割について、その意識統一の困難さという非効率性を表していると考えられる。

不統一性や非効率性は看取りが想定される福祉施設でも同様に生じ、多くの機関・事業所が関与する在宅ケアにおいては、より課題が煩雑になりうる。組織構成上の枠組みがもたらす阻害要因は、看取りの場を問わず、IPW に基づく終末期ケアマネジメントの阻害要因になるともいえるだろう。

緩和ケア病棟の機能や役割は多様化してきており^{15,16)}、この阻害要因については、【緩和ケアの基礎的知識の獲得】や【他の職種や他施設の取り組みを知る】といった制度的要因¹¹⁾の強化により解決を図ることになるだろう。

2つ目はチーム医療ゆえの、専門性と IPW の目的との不整合である（【専門職固有の視点と IPW で求められる視点の理解】）。ここには、2つの論点—終末期ケアにおいていかに専門性を発揮するか、チーム医療のなかでいかに専門性を発揮するか—が存在する。その象徴的な例が、＜一生懸命になるがゆえの目標がからまわりし、患者の QOL や目標がズレる＞というサブカテゴリーにみられるリハビリテーション専門職の役割である。

終末期ケアにおけるリハビリテーションの役割は一貫して QOL の向上にあり¹⁷⁾、緩和的リハビリテーションのニーズは高い¹⁸⁾。しかし、医師や看護師がリハビリテーションに求める目的が「患者の精神的安定」であるのに対し、行われているリハビリテーションは「廃用症候群予防」「移動・移乗訓練」「ADL 訓練」という報告¹⁹⁾がある。本調査においても、ADL の向上により QOL の向上を目指す「機能回復リハビリ・モデル」に基づく専門性志向と、ADL が低下しても QOL の向上を目指す「緩和リハビリ・モデル」を期待するチーム²⁰⁾という「専門性志向と患者志向の相克による困難」²¹⁾の存在が示唆された。

多職種連携の促進にはチームワークの促進が、チームワークの促進には IPW が影響することが明らかにされている²²⁾。そして、チーム医療は構成員の高い専門性が前提³⁾となる。しかし、その高い専門性とは、各々の専門職固有の専門性の高さを意味するのではなく、IPW を実現するための専門性という、職種を超えた、あるいは、IPW を構成する専門職の共通基盤である¹⁰⁾。主任介護支援専門員研修において、「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現」が研修課目に位置づけられているが²³⁾、この阻害要因については実践上の課題のみならず、学術研究上（理論構築）、教育上（専門職養成教育）の課題²⁴⁾ともいえるだろう。

3) IPW を促進するためのソーシャルワーカー養成教育上の課題

先に指摘した教育上（専門職養成教育）の課題について、本調査で明らかになった IPW の促進要因と阻害要因を踏まえ、ソーシャルワーカー養成の教育上の課題に目を向ければ、2つの課題が考えられるだろう。ひとつは、ソーシャルワーカー養成教育のなかで終末期ケアの何を教授するのか、という教育内容上の課題、もう一つは、濃厚な医療が必要となる IPW におけるソーシャルワーカーの実践力をどのように修得させるのか、という教育方法上の課題である。

社会福祉士養成のカリキュラム²⁵⁾をみると、科目「高齢者に対する支援と介護保険制度」において、その教育内容に「終末期ケアの在り方（人間観や倫理を含む）について理解する」とあり、教育に含むべき事項として「終末期ケア」が挙げられている。また、科目「保健医療サービス」では、「保健医療サービスにおける専門職の役割と実際、多職種協働について理解する」ことを教育内容の一つとし、「保健医療サービス関係者との連携と実際」を学ぶこととなっている。終末期ケアの実際を伝える上では、当然に他職種とのチームアプローチが前提となり、その重要性が取り上げられているとはいえ、関連する多くの教科書は終末期ケアの基礎的な知識の説明にとどまっている。ソーシャルワーカーに求められる実践の対象やそこでの IPW の連携対象職種は多岐に亘り、医療福祉分野での、ましてや終末期ケアの場面での IPW を養成教育段階で学ぶ機会は乏しい。

現任のソーシャルワーカーにあっても、終末期ケアやそこでの IPW を展開するための学習機会の乏しさから積極的関与へのためらいや²⁶⁾、自らの実践と緩和ケアを結び付けて考えられていない実態があり²⁷⁾、ソーシャルワーカーの役割を明確化できずにいる。

換言すれば、現状、ソーシャルワーカーは養成段階で十分な教育を受けられないまま、

実践する中でも学ぶ機会が乏しいまま、終末期ケアの IPW に向き合っている。

他方で、現任の社会福祉士に対する実践能力を向上させる場づくりの必要性が指摘され²⁸⁾、医療ソーシャルワーカーは医療機関での実習指導経験から、相談援助実習の充実を求めており、その割合は他分野のソーシャルワーカーより多い²⁹⁾。これらの調査結果は、終末期ケアと直接的に結びつけられたものではないが、なかでもチーム医療を実践する医療ソーシャルワーカーの声は、終末期ケアに携わるソーシャルワーカーを養成する上で重要な示唆を与えるものだろう。

IPW を促進するためのソーシャルワーカー養成教育を考える上では、まず単独の専門職別のカリキュラムとして、終末期ケアの教育内容の再検討が必要だろう。また、教育方法としては IPE の導入は不可欠だろう。今はまだ、一部の大学等の高等教育機関で模索されている段階の IPE の教育プログラム¹³⁾について、その効果の検証を進めるとともに、IPE が実施できる教育体制を創っていくことそのものも、多死社会でのソーシャルワーカーの責務と考えられる。

5. 小括

IPW に基づく終末期ケアマネジメントの質の向上に資する研究課題として、緩和ケア病棟を有する病院での IPW の促進・阻害要因を検討した。IPW に取り組む多職種に対してフォーカスグループインタビューを行い、得られたテキストデータを分析した結果、140 のコード、63 のサブカテゴリーで構成する 15 のカテゴリーを生成した。

IPW の促進要因として、ミクロ・メゾ・マクロの各レベルにおいて IPW の必要な実践力の要素がみられること、その実践力が対人関係要因・組織的要因・制度的要因からなる良好な連携の決定要因を網羅していること、が考えられた。これらは終末期ケアマネジメントにおいても IPW 推進の指標となりうる。

一方、組織構造やチームを構成する専門職の専門性は、反面、組織構成上の枠組みと、その枠組みとは異なる緩和ケアチームが並存する意義に対する認識の齟齬、そして、専門性と IPW の目的との不整合が IPW の阻害要因ともなることが示唆された。

緩和ケア病棟を有する病院でのこれらの促進・阻害要因とその構造を理解することは、看取りの場の違いを問わず、IPW に基づく質の高い終末期ケアマネジメントを実践する上での鍵となるだろう。

しかしながら、現状のソーシャルワーカー養成教育においては、終末期ケアの IPW を

学ぶ機会は乏しい。多死社会が進むなか、終末期ケアの質を向上させ QOD を担保するためには、IPW を促進するためのソーシャルワーカー養成教育の教育内容と教育方法を検討することが求められる。

文献

- 1) 地域包括ケア研究会（2014）『地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング。
- 2) 島田千穂・高橋龍太郎（2011）「高齢者終末期における多職種間の連携」『日本老年医学会雑誌』48（3），221-226。
- 3) チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（チーム医療推進会議）（2011）『チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集』。
- 4) 三重大学（2014）『専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み』。
- 5) 樋口京子・近藤克則・牧野忠康・他（2001）「在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関連する要因の検討—終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から」『厚生指標』48（13），8-15（2001）。
- 6) 宮下光令・今井涼生（2015）「データでみるわが国の緩和ケアの現状」志真泰夫・恒藤暁・森田達也・他編『ホスピス緩和ケア白書 2015』青梅社，72-95。
- 7) Vaughan, S, Schumn, J. C & Sinagub, J. M., 1996／井下理監訳・田部井潤・柴原宣幸訳（1999）『グループ・インタビューの技法』慶応義塾大学出版会。
- 8) T.A.シュワント／伊藤勇・徳川直人・内田健監訳（2009）『質的研究用語事典』北大路書房，86-88）。
- 9) 鷹野和美（2008）『チームケア論—医療と福祉の統合サービスを目指して—』ぱる出版。
- 10) 埼玉県立大学編：IPW を学ぶ—利用者中心の保健医療福祉連携—。初版，中央法規出版，東京（2009）。
- 11) Leticia San Martin-Rodriguez, Marie-Dominique Beaulieu, and Danielle D'amour, et al. (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. Journal of Interprofessional Care, 19 (Suppl) ,132-147.
- 12) 福原麻希（2013）「チーム医療を成功に導く鍵とは；チームを機能させる「チームビルディング」」『病院』74（2），129-132。

- 13) 河野高志 (2018) 「地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントとインタープロフェッショナルワークの可能性」『福岡県立大学人間社会学部紀要』26 (2), 37-53.
- 14) 松岡千代 (2000) 「ヘルスケア領域における専門職間連携—ソーシャルワークの視点からの理論的整理」『社会福祉学』40 (2), 17-37.
- 15) 佐藤健・遠藤純央・井戸田愛・他 (2010) 「緩和ケア病棟の新しい運営形態の実践と検証—三つの入院形態を提唱して—」『医療』64 (5), 333-338.
- 16) 伊藤彰博・東口高志 (2013) 「緩和ケア病棟の現状と課題」『Pharma Medica』31 (2), 19-23.
- 17) 阿部能成 (2014) 「緩和ケアを支える多職種チームメンバーとしてのリハビリテーション専門職の役割」『日本臨床麻酔学会誌』34 (5), 715-721.
- 18) 相良亜木子・川上寿一・中馬孝容・他 (2012) 「がん診療連携拠点病院からみるがんのリハビリテーションの課題」『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine』49 (6), 313-320.
- 19) 井上順一郎・武政誠一 (2007) 「わが国のホスピス・緩和ケア病棟におけるリハビリテーション実施状況の調査」『緩和医療学』9 (4), 53-58.
- 20) 阿部能成 (2008) 「癌緩和ケアにおける医学的リハビリテーション」『コンセンサス癌治療』(7), 166-167.
- 21) 細田満知子 (2012) 『「チーム医療」とは何か—医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』日本看護協会出版会.
- 22) 河野高志 (2019) 「地域包括ケアシステムにおける多職種連携の促進要因」『社会福祉学』60 (1), 63-74.
- 23) 厚生労働省 (2016) 『主任介護支援専門員研修ガイドライン』.
- 24) 日本学術会議健康・生活科学委員会高齢者の健康分科会 (2011) 『提言 地域で暮らす高齢者を支援する専門職の連携教育に向けて』.
- 25) 厚生労働省社会・援護局長 (2018) 「社会福祉士養成施設及び介護福祉士養成施設の設置及び運営に書かある指針について〔第10次改正〕」平成30年8月7日社援発0807第2号.
- 26) 上山崎悦代 (2019) 「終末期ケアにおける IPW とソーシャルワークの機能」『兵庫医療大学紀要』7 (1), in press.
- 27) 佐藤繭美 (2010) 「緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割の検討」『現代福祉研

究』(10)

- 28) 日本ソーシャルワーク教育学校連盟 (2018)『実践的社会福祉士養成教育のあり方と地域を基盤にしたソーシャルワーク実習の基盤構築に向けた開発的研究事業〈実施報告〉』.
- 29) 日本社会福祉士養成校協会 (2015)『社会福祉士養成新カリキュラムの教育実態の把握と、社会福祉士に必要な教育内容のあり方に関する調査事業』.

表2 カテゴリー・サブカテゴリー 一覧

	【カテゴリー】	〈サブカテゴリー〉	“コード” の例
I P W に つ い て の 取 り 組 み や 工 夫	評価指標を用いた定期的なカンファレンスと回診の実施	医師による毎日2回の回診と必要に応じた医師以外の参加	毎日,朝夕に回る. 朝一番と,午後にも一回
		多職種による評価指標を用いた週一回のカンファレンス	緩和ケアのSTAS-Jという評価書式を使って,どういうふうに皆が思っているかについて客観的な評価をしている
	モバイル型で活動する緩和ケアチームの存在	院内を横断する緩和ケアチームの存在	加算は取っていないが緩和ケアチームというものが存在している. 本館も含めてラウンドするかたちのチーム
		緩和ケアチームは一般病棟の多職種から一人ずつ選出	一般病棟にも1人ずつ緩和ケアチーム担当の人がいる
		調理士が緩和ケアチームに参加	緩和ケアチームには主に調理師の方が参加
	協働を下支えする, タイムリーでインフォーマルな情報交換	普段の話から本人のニーズが拾える	普段の話からご本人のニーズが拾えたりすることが多い
		病状やADLの変化にタイムリーに対応するためのインフォーマルな情報交換	日々のところで微調整することが非常に多いように思う
		短い時間をカバーするインフォーマルな情報活用	インフォーマルだが,そういうこともするようにしている
		インフォーマルな情報交換が協働の下支えになっている	カンファレンスに加えて,普段からやり取りするなど,インフォーマルなかたちで情報交換している
	院内外との情報共有による柔軟な対応	前の担当者が対応したり,ケアマネからの情報をもらいながら,ケースバイケースで対応	ケアマネージャー等から情報をいただいたり,病棟にも経過報告したりしながら取り組んでいる
	院内外の多職種が参加する緩和ケア研修の実施	院内外の多職種が参加する年3回の学習会を実施	病院の職員全員が参加できるもので,地域の訪問看護の方たちにもお知らせしている
	緩和ケア病棟をコーディネートし柔軟に対応する看護師	看護師が部屋までついてきてサポートする	看護師さんに声をかけて訪問すれば,いつも部屋まで付いてきてくださる.
		インフォーマルな情報交換の窓口は担当看護師	リハビリ関係などは担当の看護師がメインになって,ご家族への対応や経済的な話については病棟師長が担当する
		問題の状況によって柔軟に対応する看護チーム	退院調整のときは,医師がメインになることが多いかもしれない

	他の職種のかかわりに感謝する組織風土	リハビリ職等の手厚い配置	専任のリハビリを置いてくださっていること自体ありがたい
		毎日顔を出してくれることへの感謝	呼んだ時に来てくださるだけでありがたい
		誰が気付いても感謝する組織風土	誰がどう連絡しても、「ありがとう、そこに気づいてくれて」という感じ
	専門職間協働のための環境整備や仕組みづくり	多職種でかかわることで多く貴重な情報が得られる	いろいろな職種の方がベッドサイドに行ってくださいるわけだが、多職種で対応しているからこそ患者さんは言いやすいことが結構あるようだ
		患者から発せられる情報を全スタッフが共有できる仕組み	できるだけオープンにできる仕組みがあった方がいいのではないかな
		多職種で対応することで患者が話しやすい環境づくり	患者さんの表出したものを気づかないことがあるけれど、そこには大事な問題や情報が含まれているかもしれない
		経験が少ないスタッフへのケアとアドバイス	スタッフのケアも必要だなと思った
		医師による責任に局在するリスクもあるため、分散させるように、医師のポジションの取り方が重要	社会的な問題や生き方の問題なんかに焦点が当てられた場合は、医者だから云々ということは特別なくなってくる
		医師の意見がチームに通されやすくないように配慮する	チームで取り組む以上はいろいろな人が責任を持って意見を出し合って、患者さんやご家族にとって一番よい答えを模索したい
I P W について の課題	緩和ケア病棟への十分な貢献ができないジレンマ	必要な時に病棟に赴くが時間が取れない	すべての患者さんに深く関わっている状況とは言えない
		患者と関わる時間がないことのジレンマ	緩和ケアにいらっしゃる患者さんにはそれなりに時間を割く必要があるけれど、なかなかできない
		積極的に関われず病棟からの信頼で動く	主に病棟からの訪問依頼とか嗜好調査がほとんどだ
		受け身な対応で早めの対応ができないジレンマ	部署としては看護師さんや医師などから要請があると対応しているが、一方、要請のあった時だけの対応になってしまっている
		能動的にアプローチできないことのジレンマ	時間的な関係で栄養士の病棟配置が難しく、能動的なアプローチは全然できていない

	同職種内の連携や情報共有の課題	緩和ケア病棟ができたことで、多職種との連携はしやすいが、他部署にいる同職種との連携ができにくくなる	緩和ケア病棟ができたことで一点集中となり、これまで皆で取り組んでいた緩和ケアについての問題というのが一部のスタッフに集中してしまうようなことがあり、そういうところで溝のようなものが生まれ、（緩和ケア以外のスタッフは）やや学習とか啓蒙が不足している面がある
		一人職場ゆえに専門的相談ができない不安と知見が深まらないこと	職種の事情から複数職場ではないので、また一人職場に戻っているが、そのへんのことが課題になっている
		担当者が交代することによる引継ぎや情報共有がうまくいかない部署内の問題	部署としてどこまで情報が共有できているのか、というようなことも一つの課題だと感じている
	特別な存在と認識される緩和ケア病棟	緩和ケア病棟ができたことで意識が高まる	緩和ケア病棟ができてから、薬剤課のなかでは緩和ケアに対する意識が高まってきたと感じる
		職種による患者に対するイメージの違い	勝手に「この患者さんは緩和ではない」とか「緩和だ」とか決めていたりして、「こんな方がおられるわ、大変。もっと早く言ってもらえたらよかったのに」とか言うとか、「いえ、この人は緩和じゃないので」とか言われる
		緩和ケア病棟が、死を迎える場所というイメージが定着	緩和ケア病棟ができたことで、「緩和ケアを受ける人＝緩和ケア病棟に入る人」という雰囲気になっている
		緩和ケアを特別視していたこと	若い調理師が緩和ケア病棟を特別視しすぎて、患者さんの所へ行くと涙ぐんで帰ってきたりすることがある
		緩和ケア病棟ができたことによる区切りができていない	本来、緩和ケアというのは皆さんに提供されるべきこと
		緩和ケアを特別視するため一般病棟との差が生じる	緩和ケア病棟の患者さんというのは「退院されずに亡くなられる」というイメージが強い
		一般病棟の緩和ケアのレベルが低下することが心配	要するに、緩和ケア病棟にお任せするようなスタンスになっていくと、一般病棟でやるべき緩和ケアのレベルが下がってしまう
		緩和ケア病棟ができてからチームへのコンサルテーションが減少	連携自体は悪くないが、一般病棟の緩和ケアの質がどうなるだろうという意味において、ちょっと問題がある
		緩和ケアチームへの依頼は月3回に減少	緩和ケアチームへの依頼件数は緩和ケア病棟ができてからは月に3件ぐらいしかない

I P W を 想 定 し た 研 修 に 求 め る こ と		専門家に任せるというイメージ	「緩和ケア病棟に入る人しかコンサルテーションしてはいけない」と思われたりしているようだ。
	緩和ケア病棟からの依頼による特別な対応	調理士が食べられるものを個別に判断して対応	患者さんを訪問して食べられそうなものをお聞きして、希望のもの、例えばアイスクリームなどを出したりする
		病棟からの依頼で誕生日や季節に対応したメニュー作り	病棟からの依頼で、誕生日の方にはお好きなものを付け加えている
		緩和ケアという特別な存在	緩和ケア病棟だけ特別に「緩和ケアメニュー」というものを作っている
	緩和ケアの基礎的知識の獲得	人間関係がしっくりいかないときの研修	たまに来てくださるスタッフさんは、そのときにうまくいかなくて「あの人、もう来てほしくない」なんて言われたら、簡単には関係が回復できない
		具体的な患者への接し方、声のかけ方を知りたい	「患者さんに対し、どう声をかけたり返したらいいのかわからない。最初の一言がわからない」という悩みがあるよう
		福祉職としては医療知識や病態理解を深めたい	病態の理解等についての企画には参加している。そういうことが研修には必要だと思う
	専門職固有の視点と IPW で求められる視点の理解	一生懸命になるがゆえの目標がからまわりし、患者の QOL や目標がズレてくる	一生懸命になるがためにいろいろアプローチしてしまう。そのへんのやりくりが難しいことがある
		患者や家族の目標とスタッフ側のズレを修正することが必要	患者さんやご家族がいま何を目標としているか、どこに希望を持っておられるか、そのへんをもちろん看護師もそうだが、うまくつかめるような方法があるといい
		患者や家族にとっての満足をどう考えるか、という考え方の研修が必要	スタッフ側は「もっとできるなら、目標を高めた方が満足できるのではないかと勝手に思ったりする
		どうすれば患者は幸せなのかということを多職種で共有することが重要	QOL を踏まえて「多職種全体でどういうふうに対応すれば患者さんは幸せなのか」と考えることを共有しなくてはいけない
		専門職としての視点を変更することを考える	できなかったという罪悪感を持つ必要などなく、「そういう世界もあるんだ」ということ
		専門性を発揮できなくてもよいと考える視点を持つこと	そのなかでちょっと専門性を発揮できればいいかなと思うこともあるけれど、発揮できなくてもいいかなという思いもある
		専門職としての目標を容易に変更できないジレンマ	職種的には、どうしても食べられることを目標にしてしまう
		介入した成果がわかりづらいとストレスになる	自分たちが介入した成果が自分にはわかりにくいと、それがストレスになったりする

		成果が見えにくくてもやりがいを持って職務を全うする	一般病棟でもそういうことを理解しながら取り組んでほしいことだ。自分たちの取り組みの成果があまり見えにくくても、やりがいをもって職種を全うしてほしいと思う
		緩和ケアそのものと専門職種協働の2つを同時に理解すること	緩和ケア、終末期ケアということをどういうふうなかたちで捉えるかという研修と、もう一つは専門職種間の協働ということ
	他の職種や他施設の取り組みを知る	他の職種が取り組んでいること、思っていることを互いに知りたい	各職種にとって欲しい情報が何かということがわかると取り組みやすい
		ロールプレイによって他の職種のことを考える機会を持つ	・そういうことを表出し合うことによって、他職種がどう考えて自分たちを見ているかということを認識できることもある
		多職種の強みを知り、ソーシャルワーカーへの理解を促したい	・他の職種にはそれぞれどんな強みがあるかを知ることができれば、チームとしてより連携できると思う。逆に、私の職種のことを知っていただけることにもなる
		多職種の仕事や役割を発表しあうことで理解を促進させた	・緩和ケア学習会のなかにリハビリスタッフと薬剤師さんと栄養士さんに発表してもらう時間をつくった
		他の施設の取り組みについて知りたい、モデルになるようなケースを知りたい	・モデルになるようなケースを知ることができたらいいと思う

第4章 終末期ケアの質の評価とIPWを促進するための研修プログラム開発

第1節 「終末期ケアの質を高める4条件」の妥当性と有用性

1. 背景と第4章第1節の目的

わが国では地域包括ケアシステムの構築を見据え、臨床レベルから政策レベルにわたってIPWが推進されている。IPWは対人援助職が共通の目標を目指す協働¹⁾と理解されるものの、異なる専門性を持つ多職種間での連携には困難が多い²⁾。

他方で、IPWが求められる終末期ケア^{*1}において、その質を高めるためのプロセスを明らかにするために事例検討が重ねられ、「終末期ケアの質を高める4条件」（条件1；利用者・家族の意思表示、条件2；ケアを支える介護力やサポート、条件3；終末期ケアを支える医学医療ケア、条件4；利用者や家族の願いを実現するためのケアマネジメント）が導き出された^{*2}。そして、4つの条件の整備を多職種で進めることが、終末期ケアの質の向上^{*3}につながると考えられている^{5,6)}。

しかし、終末期ケアの質の高さとそれらの条件の有無との関連は量的に確認されたものではなかった。そこで本節では、介護支援専門員がかかわった終末期ケアのケースから、両者間の関連を検証し、「終末期ケアの質を高める4条件」の妥当性と有用性を検討した。

2. 対象と方法

調査対象は、A市内すべての居宅介護支援事業所623事業所（2013年12月1日時点）であり、調査方法は質問紙を用いた郵送調査とした。回答者については、2013年4月～同年11月末日までの間に看取り終えた利用者の介護支援専門員（複数例ある場合は直近1例）を指定し、2013年12月に配付・回収した。調査対象とした介護支援専門員225人から回答が得られ、そのうち143名が当該期間内に看取りに携わっており、それらのケースを分析対象とした（回答数に占める割合63.6%）。

質問票は、A4版で10頁。質問内容は、①回答者の属性4問、②事業所の属性4問、③先のケースの利用者・家族の属性9問、④③に対する介護支援専門員の支援状況、⑤④にかかる在宅療養支援診療所との連携状況13問、⑥同じく訪問看護ステーションとの連携状況、の合計6領域48項目で構成した。

目的変数とした「終末期の質」の高さは、介護支援専門員が当該ケースの利用者の死および死に至る過程の質を6件法で評価したもので、明確に質が高いと評価できた（「非常に

質が高い」,「質が高い」)“終末期の質「高」”群と、それらを除く評価であった“終末期の質「低」”群の2群とした。

ここで用いた「終末期の質」とは、厳密には4つの条件を整えることで向上を目指す「終末期“ケア”の質」とは同一ではない。しかし、看取りにかかる質の評価に関する多くの先行研究では両者を厳密に区別していない⁷⁾。また、「終末期ケアの質」の向上と「終末期の質」の高まりは密接に関連し、ともに第一義的にはクライアントのQOLやQODを高めることを目指すものであることから、本稿では便宜的に両者を同一のものとみなす。

また、何をもって終末期の“質”と捉えその“高い・低い”を評価するのかは、個々人の価値判断によるところが大きく、特定の客観的指標のみで測定できるものではない。本調査における「終末期の質」の高さは、介護支援専門員による主観的評価によるが、近年、医療の評価において主観的評価の信頼性や重要度は広く認識されてきている。また、この評価は、利用者の状態や家族の条件、提供された医療・福祉サービス等の客観的指標を含んだ総合的なものである。客観的指標を基礎とした多面的な評価となるため、「終末期の質」の高さを表す指標として一定の信頼性を担保しうると考えられる。

説明変数には、表1に示す4つの条件を表す項目それぞれについての評価を求めた。

条件1は、その構成要素となる「高齢者の尊厳と自己決定の尊重」や「希望と期待」などをもとに、4件法で評価した「利用者との終末期や死についての話合いの程度」を採用し、「よく話合った」と「話合った」の“話合い「多」”群と“話合い「少」”群とした。条件2でも同様に、「家族のニーズへの対処と負担感の軽減」や「希望と期待」などの構成要素から、介護サービス等の利用を含む介護力を取り上げ、介護力があつた“介護力「高」”群と“介護力「低」”群の2群に分けた。条件3では、「症状マネジメント」や「過不足のない治療」などを参考に、死亡前14日間における症状マネジメントの状況のうち疼痛コントロールを取り上げ、問題となる症状がなかったか適切に緩和できていた“疼痛なし”群と“疼痛あり”群とした。条件4については、「ケアマネジメント(継続したケア、一貫したケアができるための調整)」から、24時間の往診や訪問看護の体制があり地域の介護・福祉サービス事業所とも連携することが要件となる在宅療養支援診療所(在宅療養支援病院を含む)の利用の有無を問い、“利用”群と“非利用”群に分けた。

表1 終末期ケアの質を高める4条件と構成要素

条件	構成要素	変数
条件1 本人・家族の意思表示	高齢者の尊厳と自己決定の尊重	終末期・死についての 本人との話合いの程度
	全般的 QOL	
	死にゆく過程の全般的な状況	
	希望と期待	
	満足度	
条件2 ケアを支える 介護力や周りの人々の サポート	家族のニーズへの対処と負担感の軽減	介護力の程度
	死別および死別後の家族へのケア	
	希望と期待	
	満足度	
条件3 終末期ケアを 支える医学医療ケア	症状マネジメント	死亡前 14 日間の疼痛 コントロール
	ケア提供者との関係	
	過不足のない治療	
	質の高いケア技術の実施	
条件4 本人や家族の 願いを実現するための ケアマネジメント	高齢者と家族・社会との関係を調整	在宅療養支援診療所と の連携
	ケアマネジメント（継続したケア，一貫したケアができるための調整など）	

※ 樋口ら⁶⁾の表をもとに筆者作成

分析は、まず、「終末期の質」の高さと4条件それぞれの関連を χ^2 検定で検討した。次に、「終末期の質」の高さに対して4つの条件のうちどの条件がどれくらい重要なのかを明らかにするため、主病名（“癌” ないし “非癌”）と評価者の実務経験平均年数（“7.5 年以内” ないし “7.5 年超”）を調整変数^{*4}とし、4つの条件それぞれを強制投入する単変量ロジスティック回帰分析を行った。

統計学的検定には、IBM SPSS Statistics 23 for Windows を用い、設問ごとに「不明」「記入なし」を除いたものを有効回答とみなし、5%未満を有意水準として分析した。

3. 結果

1) 結果の概要

介護支援専門員及び利用者等に関する結果の概要を示す（表2）。

介護支援専門員 143 名の実務経験平均年数±標準偏差は 7.5 ± 3.6 年で、基礎資格は約半数が介護福祉士であった。看取りに対する意識を問うたところ、利用者が「回復の見込みがなく徐々に悪化して死に至る病状」であった場合、7 割弱（95 人，66.9%）は自宅での療養が望ましいとし、過半数（78 人，55.3%）が「利用者や家族が望む場所での療養や看取りの支援」が最も看取りの質に影響すると考えていた。

介護支援専門員の所属先をみると、約 6 割（57.4%）が株式会社等の営利法人であり、同一法人もしくは診療報酬でいう「特別の関係」にある法人に医療機関をもつ事業所は 25.5%と 4 分の 1 程度であった。

利用者の享年は 83.9 ± 10.4 歳で女性がやや多い（76 人，55.9%）。主な病名では、悪性腫瘍が 54.0%（75 人）と最多で、次いで心疾患（13 人，9.4%）、脳血管疾患（10 人，7.2%）の順であった。利用者の世帯類型は 2 世代同居が最多（50 人，35.2%）だが、独居も 2 割（30 人，21.1%）を占めた。介護サービス利用を除く主な介護者では、配偶者（51 人，35.7%）、娘（38 人，26.6%）、息子の嫁（20 人，14.0%）となっており、家庭の介護力は、「主介護者と補助的介護者に相当」（48 人，33.6%）と「主介護者 1 人に相当」（44 人，30.8%）がそれぞれ約 3 割ずつみられた。

表2 結果の概要(1)

	項目	実数(割合%)
介護支援専門員の属性	実務経験平均年数±標準偏差	7.5±3.6年
	基礎資格(上位3つ)	
	介護福祉士	67(47.2)
	看護師・准看護師	30(21.1)
	社会福祉士・精神保健福祉士	14(9.9)
	「回復の見込みがなく徐々に悪化して死に至る病状」の場合の望ましい療養場所(上位3つ)	
	自宅	95(66.9)
	ホスピス等の専門医療機関	16(11.3)
	わからない	9(6.3)
	「看取りの質」に最も影響を与える支援(上位3つ)	
	利用者や家族が望む場所での療養や看取りの支援	78(55.3)
	利用者が望む療養生活上の希望の実現の支援	27(19.1)
	利用者や家族が死別の心構えや準備ができる支援	19(13.5)
事業所の属性	運営法人の種別(上位3つ)	
	株式会社等の営利法人	81(57.4)
	医療法人	27(19.1)
	社会福祉法人	19(13.5)
	医療機関の有無 有り	36(25.5)
利用者・家族の属性	享年±標準偏差	83.9±10.4年
	性別 男性：女性	60(44.1)：76(55.9)
	主な病名(上位3つ)	
	悪性腫瘍	75(54.0)
	心疾患	13(9.4)
	脳血管疾患	10(7.2)
	看取り時点での要介護度	
	要介護度5	55(39.0)
	要介護度4	32(22.7)
	要介護度3	20(14.2)
	要介護度2	21(14.9)
	要介護度1	12(8.5)
	世帯類型	
	独居	30(21.1)
	高齢者夫婦世帯	38(26.8)
	2世代同居	50(35.2)
	3世代同居	18(12.7)
	主介護者の続柄(上位3つ)	
	配偶者	51(35.7)
	娘	38(26.6)
	息子の嫁	20(14.0)
	家庭の介護力 ※介護サービス利用を除く	
	主介護者2人以上に相当	15(10.5)
	主介護者と補助的介護者に相当	48(33.6)
	主介護者1人に相当	44(30.8)
	補助的介護者1人に相当	14(9.8)
	夜間のみ介護者あり	7(4.9)

次に、目的変数及び説明変数となる項目の概要を示す（表 3）。

目的変数とした「終末期の質」の高さの 2 群は、“終末期の質「高」” 群が 61 人（42.4%）と“終末期の質「低」” 群の 83 人（57.6%）に別れ、6 件法の最低評価「非常に質が低い」とした回答はなかった。

説明変数の 4 つの条件それぞれの回答状況をみると、条件 1（利用者・家族の意思表示）は“話し合い「多」” 群が 50 人（36.0%）と“話し合い「少」” 群が 89 人（64.0%）であった。同様に、条件 2（ケアを支える介護力やサポート）は“介護力「高」” 群が 91 人（63.6%）と“介護力「低」” 群が 51 人（36.4%）、条件 3（終末期ケアを支える医学医療ケア）は“疼痛なし” 群が 89 人（69.0%）と“疼痛あり” 群が 40 人（31.0%）、条件 4（利用者や家族の願いを実現するためのケアマネジメント）では“利用” 群が 105 人（72.9%）と“非利用” 群が 39 人（27.1%）のそれぞれ 2 群に分けられた。

表 3 結果の概要（2）

変数名		項目	実数 (%)	群分け
利用者の死および死に至る過程の質（終末期の質）		1.非常に質が高い	16 (11.1)	ケアの質「高」
		2.質が高い	45 (31.3)	
		3.どちらかといえば質が高い	67 (46.5)	ケアの質「低」
		4.どちらかといえば質が低い	14 (9.7)	
		5.質が低い	2 (1.4)	
		6.非常に質が低い	0 (0.0)	
終末期ケアの質を高める 4 条件	条件 1 終末期・死についての本人との話し合いの程度	1.よく話合った	11 (7.9)	話し合い「多」
		2.話合った	39 (28.1)	
		3.あまり話合わなかった	41 (29.5)	話し合い「少」
		4.話合わなかった	48 (34.5)	
	条件 2 介護力の程度	1.十分な介護力があつた	30 (21.0)	介護力「高」
		2.介護力があつた	61 (42.7)	
		3.やや介護力が劣つた	36 (25.2)	介護力「低」
		4.介護力が劣つた	16 (11.2)	
	条件 3 死亡前14日間の疼痛コントロール※	1.痛みなし	43 (29.9)	疼痛なし
		2.苦痛なし	46 (31.9)	
		3.苦痛あり	40 (27.8)	疼痛あり
		4.不明	15 (10.4)	
	条件 4 在宅療養支援診療所の利用	1.利用していた	105 (72.9)	利用
		2.利用していなかった	36 (25.0)	
		3.不明	3 (2.1)	非利用

※ 問題となる症状がなかった場合には 1 を、症状があっても緩和できていれば 2 に該当

2) 「終末期の質」と 4 つの条件との関連

「終末期の質」の高さと 4 つの条件との χ^2 検定の結果を表 4 に示す。

まず、「終末期の質」の高さと条件1について，“話し合い「多」”群における“終末期の質「高」”群の割合は62.0%と6割を超える一方で，“話し合い「少」”群では32.6%と3割程度にとどまり、その差は有意であった（ $\chi^2=11.29$, $p<0.01$ ）。

条件2，条件3，条件4においても，より条件が整えられているとみなすことのできる群において，“終末期の質「高」”群との有意な関連がみられた。介護力の程度を問うた条件2では，“介護力「高」”群に占める“終末期の質「高」”群が7割（70.0%対34.8%。 $\chi^2=12.00$, $p<0.01$ ），同様に，疼痛コントロールの状態をみた条件3では“疼痛なし”群で5割強（51.7%対30.0%。 $\chi^2=5.24$, $p<0.05$ ），在宅療養支援診療所の利用の有無による条件4では“利用”群で5割弱（46.7%対27.8%。 $\chi^2=3.93$, $p<0.05$ ）を占めていた。

表4 終末期の質と4つの条件との関連（ χ^2 検定）

		終末期の質の高さ		合計
		終末期の質「高」	終末期の質「低」	
条件1** 本人との終末期・死についての話し合い	話し合い「多」	31 (62.0)	19 (38.0)	50
	話し合い「少」	29 (32.6)	60 (67.4)	89
条件2** 介護サービス等の利用を含む介護力	介護力「高」	21 (70.0)	9 (30.0)	30
	介護力「低」	39 (34.8)	73 (65.2)	112
条件3* 疼痛コントロール	疼痛なし	46 (51.7)	43 (48.3)	89
	疼痛あり	12 (30.0)	28 (70.0)	40
条件4* 在宅療養支援診療所の利用	利用	49 (46.7)	56 (53.3)	105
	非利用	10 (27.8)	26 (72.2)	36

※ ** : $p<0.01$, * : $p<0.05$

分析の第二段階として，主病名を調整変数とし，4つの条件を単独で説明変数として投入した単変量ロジスティック回帰分析の結果を表5に示す。

最もオッズ比が高かったのは条件2の介護サービス等の利用を含む“介護力「高」”(ref: “介護力「低」”)の3.60 ($p<0.05$)であった。次いで、条件1の終末期・死についての本人との“話し合い「多」”(ref: “話し合い「少」”)の2.88 ($p<0.05$)、条件3の症状マネジメント“疼痛なし”(ref: “疼痛あり”)の2.62 ($p<0.05$)、条件4の在宅療養支援診療所の“利用”(ref: “非利用”)の2.56 ($p<0.05$)の順となった。

表5 4つの条件との関連（ロジスティック回帰：強制投入法）

			Exp (B)	CI 95%	
				下限	上限
終末期の質の高さ	条件1	終末期・死についての本人との話し合い「多」(ref: 話し合い「少」)	2.88*	1.33	6.24
	条件2	介護サービス等の利用を含む介護力「高」(ref: 介護力「低」)	3.60*	1.47	8.81
	条件3	症状マネジメント 疼痛なし (ref: 疼痛あり)	2.62*	1.13	6.04
	条件4	在宅療養診療所の利用 (ref: 非利用)	2.56*	1.08	6.10

※ *: $p<0.05$

4. 考察

今回、「終末期ケアの質を高める4条件」と「終末期の質」との関連を量的に確認できたものの、次の点に留意する必要がある。まず、4つの条件を表すとみなした変数が説明できる範囲の限界である。説明変数は各条件の構成要素（表1）をもとに決定したが、構成要素そのものが抽象的な概念であり、取り上げた変数が構成要素のすべてを網羅しているとは言い切れず、本分析は当該変数が説明できる範囲内における「終末期の質」との関連をみたものである。また、分析に用いたデータは横断的研究によるもので、因果関係を直接的に示すとは限らない。しかし、4つの条件は「終末期の質」の評価が定まる以前に存在したもので、これらの条件が「終末期の質」に影響をもたらした可能性は高い。

これらを踏まえたうえで、2つの視点から考察を行う。

1) 「4つの条件」はなぜ「終末期の質」と関連するのか

看取りにかかる質の評価手法をみると、ケアの成果だけではなく、最期のときを迎えるまでの過程やケアの構造への着目など多様であり、測定する概念や枠組みは定まっていない^{6,7)}。そこで本調査では、介護支援専門員が評価した「終末期の質」の高さを指標とし、4つ条件との関連を検証した。

条件1に含まれる利用者の終末期医療等の希望を取り上げると、近年では **Let Me Decide** の思想やリビング・ウィルへの理解に広がりが見られるものの、いまだ広く一般に定着しているとはいえない⁹⁾。また、終末期医療の希望伝達の方法をみると、会話と記録がともにない者と記録がない者を合わせると9割近くにのぼり¹⁰⁾、大多数は意思表示の書面を作成していない¹¹⁾。このような現状では、かかわる専門職による丁寧なアセスメントがなければ、利用者の意思を尊重した看取りの実現は難しい。

また、介護保険サービスがあったとしても在宅での介護において家族の役割は大きく、それだけの「終末期の質」にも影響を及ぼす。在宅療養開始時には介護者に不眠によるつらさ¹²⁾があり、長期化すれば主介護者の **QOL** の低さや介護負担感の強さに結びつくことになる¹³⁾。さらに、介護者の精神的安定は在宅療養の満足や看取り時の満足とも関連¹⁴⁾するだけでなく、家族の介護負担の大きさは利用者の精神状態や疼痛にも関連するという¹⁵⁾。つまり、条件2が整えられない環境下では、利用者とともに介護者の **QOL** をも低めることとなる。

条件3にかかり、日本老年医学会の立場表明¹⁶⁾では苦痛の緩和と **QOL** の維持・向上への最大限の配慮の必要性を謳っており、それを「最善の医療およびケア」とする。実際に、訪問看護師は看取りの時期を家族の絆を深める時期と捉え¹⁷⁾、その価値は療養者の **QOL** の優先にあり¹⁸⁾、寄り添いながら最期の過ごし方の意向を引き出している¹⁹⁾。このような利用者や家族の思いをもとにした目標志向的な取り組みは、直接的な医学医療ケアの充実にとどまらず、条件4の「利用者や家族の願いを実現するためのケアマネジメント」の取り組みにもつながっていくだろう。ただし、それは過不足のない医学医療ケアの提供があつてのことである。介護支援専門員が抱える在宅ホスピスケア困難要因²⁰⁾をみると、往診医の不在や医師との連絡の困難さなど、医療提供体制や医療職との連携の不備が困難さをもたらしていた。このことから、条件4の“利用”群では、医療と介護の連携を進める在宅療養支援診療所の利用を通してケアマネジメント（継続したケア、一貫したケアができるための調整）がなされ、終末期の質に影響を及ぼす結果となったと推察される。

以上を踏まえると、4つの条件の整備を進めることは「終末期の質」を高めることに結びつく可能性が示唆され、妥当性があると考えられる。

2) 4つの条件の妥当性が示された意義と有用性の課題

看取りにおける患者と家族への質の高いケア提供を目的としたツールには、Liverpool Care Pathway があり、その有用性が示されている²¹⁾。ツールの使用主体を医療職とし、死までの限られた時間の中で特定の問題の解決を図るには有効なツールといえる。

他方、4つの条件の特徴は、ケアの開始期から多職種でゴールを共有する目標志向型アプローチを前提とすることにある⁶⁾。

終末期ケアは高い専門性が要求される一方で、細田²⁾がチーム医療の4つの要素の相克関係を示しているように、専門性が違えば視点や重要性の認識も異なり、専門性志向が優位となることの弊害もある。問題解決のために問題志向を強めればかえって協働を難しくするため、IPWでは目標志向型アプローチが基本となる。今回、4つの条件の妥当性が確認できたことは、IPWにおける共通目標としての有用性を示すことにもなるだろう。

それでは、4つの条件をもとにした多職種協働による看取りの課題は何か。すでに、4つの条件をケアに活かすためのツールが示され⁶⁾、そのツールを用いた研修プログラムも開発されている⁸⁾。換言すれば、そのような仕掛けがなければ、4つの条件の整備を多職種チームで意識し続けることは難しい。

特に在宅療養ともなれば、地域の多機関・多職種で構成されたチームがかかわることになる。職種ごと、分野ごと、ではなく、実際にチームを組む現任の多職種を対象とした教育の機会が必要である。しかし、現実にはその機会の創出は、自己研鑽に取り組む個々の倫理観と所属先等の理解にゆだねられている。「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」²²⁾が示されているものの、4つの条件を整えられるIPWを推進するためには、そのための教育を受ける機会の創出や費用面での優遇などの選択的誘因をマクロレベルで検討する必要があるだろう。

5. 小括

「終末期ケアの質を高める4条件」の妥当性と有用性を量的に実証するため、介護支援専門員が評価する「終末期の質」との関連を検討した。その結果、条件1；利用者・家族の意思表示、条件2；ケアを支える介護力やサポート、条件3；終末期ケアを支える医学

医療ケア、条件4；利用者や家族の願いを実現するためのケアマネジメント、の各条件は「終末期の質」の高さと関連することが確認できた。「終末期の質」を高めるための指標として「終末期ケアの質を高める4条件」の整備状況を問うことには妥当性があり、IPWの推進において有用である一方で、多職種が4つの条件にもとづくIPWを学ぶ機会の創出に課題がある。

注釈

- ※1 本稿では、end-of-life care の訳語として「終末期ケア」の表現を用い、その定義は、日本エンドオブライフケア学会によるエンドオブライフの定義「すべての人に死は訪れるものであり、年齢や病気であるか否かに関わらず、人々が差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考え、最期までその人らしい生と死を支えること、ならびに生と死を見送った家族が生きることを支えるケア」とする。
- ※2 わが国では、「在宅で死を迎えることこそが望ましい死」という、いわば在宅死至上主義に基づき死が語られることが多かった。しかし、実際には、緩和ケア病棟に比べ在宅医療の質は低く³⁾、看取った遺族の満足度には「看取りの場」は関連していない⁴⁾。丁寧なケアマネジメントが終末期ケアの質を高める可能性が示され⁵⁾、様々な居所において最期を迎えるに至ったプロセスの検討が重ねられた結果、質の高い終末期ケアを実現するための必要条件として導き出されたのがこの4条件である。
- ※3 終末期（ケア）の質の評価指標は、患者・家族の視点で作成されたものとケア提供側の視点で作成されたものに整理でき、前者はより主観的なアウトカム指標を用いていることなどに相違点がある⁶⁾。また、「終末期の質」の評価は、end-of-life を評価するものとしてQOLやQOD（Quality of Death）など患者・家族側の要因に関心を持ち、「終末期ケアの質」の評価ではcareが直接的な評価対象と整理できるが、両者は明確に区別されないことが多い⁷⁾。本稿で取り上げた4つの条件は、「終末期ケア」の質を高める条件として紹介されているため、本稿では「終末期ケア」と表記する。
- ※4 主病名を調整変数としたのは、終末期ケアの質を基礎疾患別に比較した研究⁸⁾において、がんで高く脳卒中とその他の疾患で低く現れることが指摘されていることによる。実務経験平均年数についても同様に、提供したケアの自己評価の変容には実務経験年数が影響する可能性が示されている⁸⁾ことから、調整変数として投入した。

文献

- 1) 埼玉県立大学編 (2009) 『IPW を学ぶ—利用者中心の保健医療福祉連携』 中央法規出版.
- 2) 細田満和子 (2012) 『「チーム医療」とは何か—医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』 日本看護教育出版会.
- 3) 杉本浩章・近藤克則・樋口京子・他 (2007) 「緩和ケア用 MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性」『病院管理』 44 (3), 49-57.
- 4) 樋口京子・近藤克則・牧野忠康・他 (2000) 「在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関連する要因の検討」『厚生指標』 48 (13), 8-15.
- 5) 宮田和明・近藤克則・樋口京子 (2004) 『在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』 中央法規出版.
- 6) 樋口京子・篠田道子・杉本浩章・他編 (2010) 『高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める 4 条件とケアマネジメント・ツール』 中央法規出版.
- 7) Van Soest-Poortvliet MC, van der Steen JT, Zimmerman S, et al. (2011) Measuring the quality of dying and quality of care when dying in long-term care settings: a qualitative content analysis of available instruments, J Pain symptom Manage, 42(6), 852-863.
- 8) 杉本浩章 (2017) 「地域包括ケアシステム下での看取りを実現するための研修プログラム開発」『地域ケアリング』 19 (10), 91-95.
- 9) 中里和弘・島田千穂・高橋龍太郎 (2015) 「終末期医療やケアの希望の伝達: 「ライフデザインノート」の取り組み」『介護人材 Q&A』 (123), 68-78.
- 10) 島田千穂・中里和弘・新井和子・他 (2015) 「終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景」『日本老年医学会雑誌』 52 (1), 79-85.
- 11) 終末期医療に関する意識調査等検討会 (2014) 『人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書』
(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf, 2017.9.17).
- 12) 畑 (富寄) ゆかり・原田三奈子・高岡智子・他 (2015) 「終末期の在宅療養者の家族は何をつらいと思っていたか?」『Palliative Care Research』 10 (1), 125-133.
- 13) Meyers, J.L., Gray, L.N. (2001) The relationships between family primary

caregiver characteristics and satisfaction with hospice care, quality of life, and burden, *Oncol Nurs Forum*, 28(1), 73-82.

- 14) 秋山明子・沼田久美子・三上洋（2007）「在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看取りを実現する要因に関する研究—療養者の遺族を対象とした調査による検討—」『日本老年医学会雑誌』44（6），740-746.
- 15) Harding, R., Higginson, I J., Donaldson, N.（2003）The relationship between patient characteristics and carer psychological status in home palliative cancer care, *Support Care Cancer*, 11(10), 638-644.
- 16) 日本老年医学会（2012）『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012』
(<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf>, 2017.09.15).
- 17) 川上千春（2012）「終末期がん患者を在宅で看取る家族介護者の心の拠り所となるベリーフと苦悩の構造および訪問看護師の捉え方」『お茶の水看護学雑誌』6(1), 36-53.
- 18) 松村ちづか・筑後幸恵（2005）「訪問看護師の在宅での看取りに関する価値観」『埼玉県立大学紀要』7, 35-41.
- 19) 米澤純子・杉本正子・新井優紀・他（2014）「独居がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の支援と連携」『日保学誌』17（2），67-75.
- 20) 原田小夜（2011）「介護支援専門員の在宅ホスピスケア困難要因と関連要因の検討」『日健医誌』2（1），31-37.
- 21) 菅野雄介・平原優美・荒木和美・他（2014）「在宅緩和ケアにおける Liverpool Care Pathway 日本語版在宅バージョンの開発と実施可能性の検討」『Palliative Care Research』9（4），112-120.
- 22) 厚生労働省（2016）「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」（平成 28 年 12 月 26 日一部改正版）
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000146722.pdf>, 2017.09.15).

第2節 ケアマネジメント・ツールを活用した研修プログラムの開発

1. 第4章第2節の目的

第2節では、第1節における「終末期ケアの質を高める4条件」¹⁾の妥当性と有用性の検証結果²⁾を踏まえ、4条件に基づくケアマネジメント・ツール³⁾を活用した研修プログラムの開発を目的とする。

ケアマネジメント・ツールを活用した研修プログラムとは、終末期ケアに取り組む多職種チームが対象となる研修・教育法として開発した、IPEのためのプログラムである。

この研修プログラムで用いるケアマネジメント・ツールとは、樋口ら³⁾により開発作成されたもので、5つの機能（1.情報の収集・整理・共有を進める機能、2.質の高いケアをするための課題を抽出する機能、3.そのステージにすべきことをチェックしてプランを立てる機能、4.ケアマネジメント・プロセスをモニタリングして振り返る機能、5.個人とチームの成長を支援する機能）をもつ（表1）。

表1 ケアマネジメント・ツールの種類

1-1 エヴァリュエーションシート
1-2 エヴァリュエーションシート・チェックポイント表
2-1 プロセスシート
2-2 プロセスシート・チェックポイント表
3-1 ケアマネジメントシート
3-2 ケアマネジメントシート・チェックポイント表

今回、これら5つの機能を活かすために活用法の体系化を試みた。この研修プログラムは、ケアマネジメント・ツールを使って多職種チームで「終末期ケアの質を高める4条件」を整えることで、チーム全体とチームメンバー自らの実践を評価・共有し、各々の具体的な行動目標までを定めた援助計画の立案を行うものである。多職種によるディスカッションを通して、専門性や専門職性を反映したチームメンバーの“思い”までを含めて、チームの意思統一を図り、チーム力を高める目標志向型のプログラムの開発を目指した。

研修プログラムは、研修受講以前のケアの振り返りを行うスタートアップ研修と、受講時点でケアに取り組んでいるケースについて援助計画を立案するフォローアップ研修の2

つで構成した。

各研修で用いる「ケアマネジメント・ツール」を表2に示す。

表2 研修プログラムで用いるケアマネジメント・ツールの一覧

研修	時期	ツール
スタートアップ	受講前	エヴァリュエーションシート
		エヴァリュエーションシート・チェックポイント表
	受講時	プロセスシート
		プロセスシート・チェックポイント表
		エヴァリュエーションシート
フォローアップ	受講前	エヴァリュエーションシート
		エヴァリュエーションシート・チェックポイント表
	受講時	プロセスシート
		ケアマネジメントシート
		ケアマネジメントシート・チェックポイント表

※ 各様式は文献3) 参照

2. 研修プログラムの目標・受講対象・用いるケース

1) スタートアップ研修

スタートアップ研修の目標は、「終末期ケアの質を高める4条件」を理解し、チームとチームメンバーそれぞれが4条件に基づいた振り返りをできること、とした。

受講対象者は、同一ケースのケアに携わった多職種チームで、チームメンバー職種や携わった期間、関与の度合いは問うていない。

研修受講時点を起点として、研修で取り上げるケースが看取り終えていた場合には、チームメンバーがかかわり始めた時点（サービス利用開始時）から看取りまでを、将来的に看取りが想定されるケースの場合にはサービス利用開始期から現在までのケアを振り返る。

2) フォローアップ研修

フォローアップ研修では、将来的に看取りが想定されるケースを取り上げることとして、

4条件をもとにケアの提供状況进行评估し、4条件に沿った援助計画が立案できることを目標とした。受講対象者はスタートアップ研修と同一のチームとなる。

3. スタートアップ研修 実施手順

1) 事前準備

スタートアップ研修の実施者及び受講者の事前準備内容は次の通りとなる（表3）。

表3 スタートアップ研修 事前準備チェック表

時期	実施者		受講者	
	取り組み	<input checked="" type="checkbox"/>	取り組み	<input checked="" type="checkbox"/>
1 か 月 前	ケースと受講者の選定	<input type="checkbox"/>	—	—
	研修会場の確保と実施の周知	<input type="checkbox"/>	研修受講の確認	<input type="checkbox"/>
	エヴァリュエーションシート、 エヴァリュエーションシート・ チェックポイント表の配付	<input type="checkbox"/>	エヴァリュエーションシート、 エヴァリュエーションシート・ チェックポイント表の受領	<input type="checkbox"/>
1 週 間 前	エヴァリュエーションシートの 受領	<input type="checkbox"/>	エヴァリュエーションシートの 作成※1,2 と提出	<input type="checkbox"/>
当 日 迄	エヴァリュエーションシートの 記述内容を意味ごとに切片化	<input type="checkbox"/>	—	—
	プロセスシートとエヴァリュ エーションシートの準備	<input type="checkbox"/>	—	—

※1 エヴァリュエーションシートの作成は受講者個人で行う

※2 受講時点でケアに取り組んでいるケースの場合には、総合的な状況から現在のステージ（開始期・安定期・移行期・臨死期）を判断するが、医師による医学的な診断は求めない

- ・ 開始期—サービス提供開始期
- ・ 安定期—通常のサービス提供体制をとっている時期
- ・ 移行期—安定期を過ぎ臨死期へと移行する時期
- ・ 臨死期—死が差し迫っている兆候を確認できる時期

2) スタートアップ研修

スタートアップ研修では、ファシリテーターとなる実施者がグループダイナミクスを活用しながら進行していく。主な流れを表4に示す。

表4 スタートアップ研修 進行チェック表

時間	実施者		受講者	
	取り組み	<input checked="" type="checkbox"/>	取り組み	<input checked="" type="checkbox"/>
10分	アイスブレーキング	<input type="checkbox"/>	アイスブレーキング	<input type="checkbox"/>
	ケース、プロセスシート及びプロセスシート・チェックポイント表の確認	<input type="checkbox"/>	ケース、プロセスシート及びプロセスシート・チェックポイント表の確認	<input type="checkbox"/>
	エヴァリュエーションシート（切片）を各自に返却	<input type="checkbox"/>	エヴァリュエーションシート（切片）を確認	<input type="checkbox"/>
60分	切片をプロセスシートに貼付するよう促し、貼付された切片のステージと条件を確認	<input type="checkbox"/>	エヴァリュエーションシート（切片）の記述内容を他の受講者に説明しながら、プロセスシートに貼付	<input type="checkbox"/>
	エヴァリュエーションシート（切片）に記述がなく4条件に関わる情報があればプロセスシートに手書きするよう促す	<input type="checkbox"/>	エヴァリュエーションシート（切片）に記述がなく4条件に関わる情報があればプロセスシートに手書きする	<input type="checkbox"/>
	すべてのエヴァリュエーションシート（切片）が貼付されたことを確認	<input type="checkbox"/>	すべてのエヴァリュエーションシート（切片）を貼付	<input type="checkbox"/>
	プロセスシートを概観するよう促す	<input type="checkbox"/>	プロセスシートのステージと条件別の記述内容を確認	<input type="checkbox"/>
20分	エヴァリュエーションシート（研修当日用）作成を促す	<input type="checkbox"/>	プロセスシートの取り組みを踏まえ協働でエヴァリュエーションシートを作成※	<input type="checkbox"/>
	研修の振り返りを行う	<input type="checkbox"/>	一人ひとり感想を述べ終結	<input type="checkbox"/>

※ 事前準備段階のエヴァリュエーションシート作成は受講者個々による評価であったのに対し、ここでは多職種チームによる評価となる

4. フォローアップ研修 開催手順

1) 事前準備

受講時点でケアに取り組んでいるケースを取り上げるフォローアップ研修の事前準備は、一部の準備を除きスタートアップ研修と同じ流れとした（表5）。

表5 フォローアップ研修 事前準備チェック表

時期	実施者		受講者	
	取り組み	<input checked="" type="checkbox"/>	取り組み	<input checked="" type="checkbox"/>
1 か 月 前	ケースと受講者の選定	<input type="checkbox"/>	—	—
	研修会場の確保と実施の周知	<input type="checkbox"/>	研修受講の確認	<input type="checkbox"/>
	エヴァリュエーションシート、 エヴァリュエーションシート・ チェックポイント表の配付	<input type="checkbox"/>	エヴァリュエーションシート、 エヴァリュエーションシート・ チェックポイント表の受領	<input type="checkbox"/>
1 週 間前	エヴァリュエーションシートの 受領	<input type="checkbox"/>	エヴァリュエーションシートの 作成*と提出	<input type="checkbox"/>
当 日 迄	エヴァリュエーションシートの 記述内容を意味ごとに切片化	<input type="checkbox"/>	—	—
	プロセスシートとケアマネジメ ントシートの準備	<input type="checkbox"/>	—	—

※ エヴァリュエーションシートの作成は受講者個人で行う

2) フォローアップ研修

フォローアップ研修では、スタートアップ研修と同様にグループダイナミクスを活かしながら、ケアマネジメントシートを用いた援助計画の立案を目指す（表6）。

表6 フォローアップ研修 進行チェック表

時間	実施者		受講者	
	取り組み	<input checked="" type="checkbox"/>	取り組み	<input checked="" type="checkbox"/>
10分	アイスブレーキング	<input type="checkbox"/>	アイスブレーキング	<input type="checkbox"/>
	ケース、ケアマネジメントシート及びケアマネジメントシート・チェックポイント表の確認	<input type="checkbox"/>	ケース、ケアマネジメントシート及びケアマネジメントシート・チェックポイント表の確認	<input type="checkbox"/>
	エヴァリュエーションシート（切片）を各自に返却	<input type="checkbox"/>	エヴァリュエーションシート（切片）を確認	<input type="checkbox"/>
50分	切片をプロセスシートに貼付するよう促し、貼付された切片のステージと条件を確認	<input type="checkbox"/>	エヴァリュエーションシート（切片）の記述内容を他の受講者に説明しながら、プロセスシートに貼付	<input type="checkbox"/>
	エヴァリュエーションシート（切片）に記述がなく4条件に関わる情報があればプロセスシートに手書きするよう促す	<input type="checkbox"/>	エヴァリュエーションシート（切片）に記述がなく4条件に関わる情報があればプロセスシートに手書きする	<input type="checkbox"/>
	すべてのエヴァリュエーションシート（切片）が貼付されたことを確認	<input type="checkbox"/>	すべてのエヴァリュエーションシート（切片）を貼付	<input type="checkbox"/>
	プロセスシートを概観するよう促す	<input type="checkbox"/>	プロセスシートのステージと条件別の記述内容を確認する	<input type="checkbox"/>
30分	「モニタリングを行う理由」を確認するよう促す	<input type="checkbox"/>	「モニタリングを行う理由」を共有しケアマネジメントシートに記述する	<input type="checkbox"/>
	ステージ※1を確認するよう促す	<input type="checkbox"/>	ステージを共有しケアマネジメントシートに記述する	<input type="checkbox"/>
	4条件別にケアマネジメントの達成状況と未達成課題を確認するよう促す※2	<input type="checkbox"/>	達成状況と未達成課題を共有しケアマネジメントシートに記述する	<input type="checkbox"/>
	未達成課題に対応した“当面やるべきプラン”の立案を促す	<input type="checkbox"/>	4条件別のプランを立案しケアマネジメントシートに記述する※2	<input type="checkbox"/>
	研修のふりかえりを行う	<input type="checkbox"/>	一人ひとりの行動目標を確認し終結	<input type="checkbox"/>

※1 受講時点でケアに取り組んでいるケースの場合には、総合的な状況から現在のステージ（開始期・安定期・移行期・臨死期）を判断するが、医師による医学的な診断は求めない

※2 5W1H（誰が、何を、いつ、どこで、どうして、どのように）で記述・立案する

3) フォローアップ研修受講後の取り組み—カンファレンスへの応用

フォローアップ研修で作成したケアマネジメントシートは、4条件を共通認識とした多職種チームの起点であり、4条件に基づいたアセスメントシートと位置付けた。したがって、フォローアップ研修受講後には、モニタリングのためのカンファレンスにおいて新たなケアマネジメントシートつまり、モニタリングシートにあたる—を作成する、とした。

本人や家族の状況の変化といったモニタリングが必要と判断する事由が発生した際や、多職種チームのチーム体制や関わる公的制度の見直しが行われたときなどが、新たなシートの作成の機会になると考えられる。

文献

- 1) 宮田和明・樋口京子・近藤克則編（2004）『在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』中央法規出版。
- 2) 杉本浩章（2018）「「終末期ケアの質を高める4条件」の妥当性と有用性」『福祉健康科学研究』（13），47-55。
- 3) 樋口京子・篠田道子・杉本浩章・他編（2010）『高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール』中央法規出版。

第3節 ケアマネジメント・ツールを活用した研修プログラムの有用性

1. 背景と第4章第3節の目的

年間死亡者数 170 万人の時代を見据え、地域包括ケアシステム下での質の高い看取りの実現のために、医療と介護の連携が求められる¹⁾。多職種が共通の目標を目指す協働である IPW を実現するのであれば、そのための専門知識・技術の習得が必要となり、WHO が示すように IPE の推進²⁾ が欠かせない。そのためには、評価研究によって効果が実証された研修・教育プログラムの開発が求められる。

そこで本節では、第1節でその妥当性と有用性を明らかにした「終末期ケアの質を高める4条件」³⁾をもとに、第2節で開発したケアマネジメント・ツールを活用した研修プログラムを試行し、その有用性を検証した。

2. 研修プログラムの展開過程

研修プログラムは、スタートアップ（以下、S）研修とフォローアップ（以下、F）研修の2回で構成する（図1）。S研修は、看取りケースを含む研修受講以前のケアについてのふりかえりを行うもので、4条件を理解し、4条件に基づいたふりかえりができることが目標となる。F研修は、4条件を基にケアの提供状況を評価し、4条件に沿った援助計画をチームで立案する。

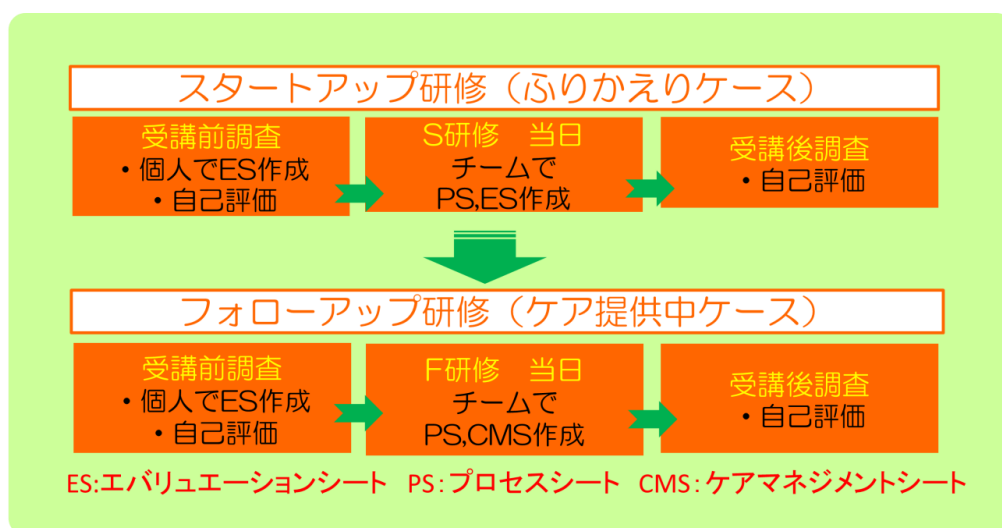


図1 研修プログラムの展開過程

- ① **S研修受講前** 検討するケースを決定し、当該ケースにかかわる多職種それぞれに、研修ガイドと「エバリュエーションシート」（以下、ES）を配付。専門職は、研修ガイドに沿って、当該ケースについての4条件の整備状況を独立して評価しESを作成する。同時に、質問紙を用いた受講前調査として、自身が提供したケアやチームとしての取り組みなど5件法等の自己評価（計8問）を行う。
- ② **S研修当日** ①で作成したESを用い、ディスカッションを通して、チームで1枚の「プロセスシート」（以下、PS）を作成する。その過程を経た上で、最終的に、チームで1枚のESを作成する。
- ③ **S研修受講後** 質問紙を用いた受講後調査として、再度、自身が提供したケアやチームとしての取り組み、研修受講による成果などの自己評価（計13問）を行う。

F研修も同様に①から③の手順を踏むが、F研修当日はチームでPSを作成した後に、援助計画の立案を行うための「ケアマネジメントシート」を作成する。

3. 調査対象と有用性の検証方法

有用性の検証は、終末期ケアに携わる同一機関・多職種もしくは多機関・多職種で構成する6チームを対象に実施した。なお、チームの解散などにより、S研修とF研修をともに受講し終えたのは3チームで、実務経験平均年数±標準偏差は14.07±7.22年であった。

表 チーム構成と実務経験年数 （ ）内は実務経験年数

医療機関 ※療養病床	特別養護老 人ホーム	多機関① ※5事業所	多機関② ※3事業所	多機関③ ※2事業所	多機関④ ※3事業所
SW(6)	SW(19)	SW(5)	Dr.(29)	NS(18)	CW(3)
CW(4)	CW(17)	CW(10)	NS(25)	NS(20)	NS(15)
NS(26)	CW(10)	NS(11)	NS(24)	CM (10)	CM (9)
NS(16)	NS (20)	NS(12)	NS(14)		
PT(16)		CM(8)	CM (10)		
RD (13)		DH (28)			

※ SW；ソーシャルワーカー，CW；介護職，NS；看護師，PT；理学療法士，RD；管理栄養士，DH；歯科衛生士，Dr.；医師，CM；介護支援専門員

有用性の検証は2つの方法により行った。

一つは、自己評価得点について、研修受講前に独立して評価した結果と、研修を通じてチームメンバーとケース検討した後に改めて評価した結果の2時点での変容をみた。もう一つは、先の自己評価得点を用い、それをクラスター分析（Word 法，ユークリッド平方距離）することで、研修受講の成果の現れ方の違いについて各クラスターの特徴をみた。

統計学的検定には、IBM SPSS Statistics 23.0 を用い、「記述なし」を除いたものを有効回答とみなし分析した。

4. 結果

1) S 研修（6 チーム・8 職種・27 人）

S 研修における自己評価では、「担う職種の専門性の発揮」について、27 人中 8 人に正の変容（例；「どちらともいえない」から「概ねできた」への自己評価の高まり）がみられた。同様に、「他職種の専門性の理解」（18 人）でも正の変容があった。

他方、「自身が提供したケアの質」では、8 人に正の変容があった一方で、2 人に負の変容がみられた。同様に、「職種全体としての専門性の発揮」（正 9 人、負 1 人）や「チームが提供したケアの質」（正 11 人、負 1 人）でも正と負の変容に分かれた。

受講後においては、1 人を除き研修によって「思いを他職種に伝えることができた」とし、「多職種全体の思いの共有」は全員が「できた」もしくは「概ねできた」との回答を得た。研修を通じた「チーム力の高まり」については全員が「非常にそう思う」もしくは「そう思う」とした。

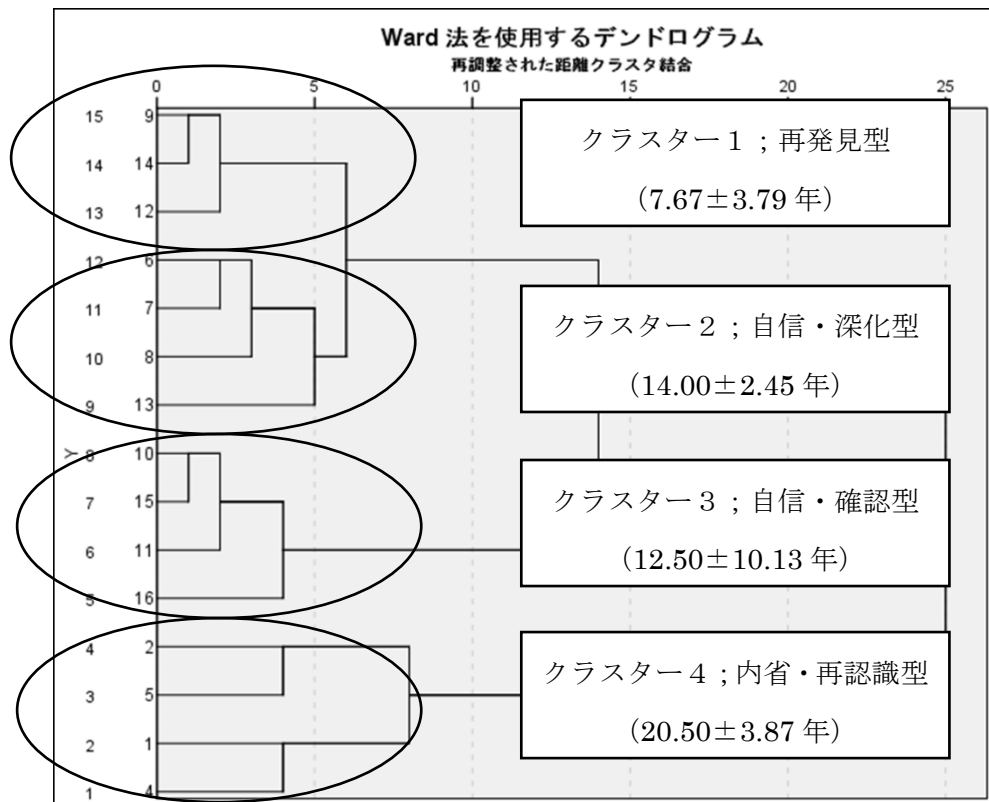
2) F 研修（3 チーム・7 職種・16 人）

S 研修受講後から F 研修受講までのケア提供において、自身が「4 条件を意識した実践」をしていると回答（「非常にそう思う」、「そう思う」）した者は、16 人中 13 人であった。研修後には正の変容が 4 人と負の変容が 3 人にみられた。チーム全体での「4 条件を意識した実践」についても、受講前後で正負の変容（正 4 人、負 1 人）に分かれた。

多職種で共有する「援助目標の明確さ」については、受講前は 12 人が「明確」もしくは「概ね明確」としていたが、受講後は 6 人に自己評価の高まりみられ、3 人は負の変容となった。援助計画における「自身の役割の明確さ」についても受講前後で正負の変容が

あり、受講前に「どちらともいえない」としていた3人をふくめ7人に正の変容がみられた（負1人）。その結果、受講後においては15人が「明確」もしくは「概ね明確」という結果であった。

次に、4つのクラスターに分類されたデンドログラムを示す（図2）。



※ () 内は実務経験平均年数±標準偏差

図2 デンドログラム

最も実務経験平均年数が長かったクラスター4（20.50±3.87 年）では、F研修の受講前後において、「自身が提供したケアの質」と「チーム全体によるケアの質」の評価で、唯一、負の評価がみられた。また、「援助目標の明確さ」では、正と負の変容に分かれた。研修受講により自らのケアをふりかえり再認識できたと思われることから、【内省・再認識型】と命名した。

逆に、最も実務経験平均年数が短いクラスター1（7.67±3.79 年）では、S研修時には「自身が提供したケアの質」で、F研修時には、自身やチームにおける「4条件を意識した実践」、共有する「援助目標の明確さ」やその中での「自身の役割の明確さ」について、

それぞれ正負の変容がある。多職種と議論する中で、できていたこと・できていなかったことを見出した【再発見型】とした。

クラスター2では、自身の「4条件を意識した実践」は正負の変容に分かれた。しかし、「他職種の専門性の理解」では、唯一、正の変容のみがみられ、「援助目標の明確さ」では、唯一、負の変容がなかった。研修を通じ他職種への理解が深まり自信を深めた【自信・深化型】と名付けた。

クラスター3での負の変容は、正の変容もあるF研修時の「援助目標の明確さ」のみで、9つの変数で正の変容がみられたことから、自身やチームの取り組みを確認できた【自信・確認型】とした。

なお、この4類型で職種や所属するチームの偏りはみられなかった。

5. 考察

終末期ケアにおける多職種を対象とするプログラムを開発し、その有用性を検証したところ、受講者全員が「多職種全体の思いの共有」ができ「チーム力の高まり」を評価するなど、有用性があると考えられる。

プログラムの核となる4条件を「多職種連携コンピテンシー」⁴⁾に照らし合わせれば、コア・ドメインの一つ「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」は、条件1を多職種で整えることであり、もう一つのコア・ドメイン「職種間コミュニケーション」がなければ、他の条件を満たすことも難しい。プログラムにより4条件を整えていくことと、コンピテンシーを高めることは、軌を一にするものといえる。

また、多職種連携の促進要因の一つに「継続的な“場”の設定」⁵⁾があり、多職種でのふりかえりは、相互理解が深まり、「連携の促進と緩和ケアの実践の変化につながる」⁶⁾という。

本プログラムには、S研修の前からF研修の後まで、共通のケースをもとに継続的にチームでの取り組みを考える“場”がある。4条件の整備という専門性の違いによらず共有できる目標をもとに、専門性の違いによらず活用できるツールを用いて、チームでふりかえりや立案を行う構成が有用性に結びついているものと思われる。

一方、研修受講の成果の現れ方は一様ではなかった。島田⁷⁾は、協働的内省による看取り概念の変化への影響を明らかにしたが、同時に、影響の多様さや形成された内省の場により影響が異なる可能性も指摘した。本調査では、自己評価得点の差をもとに有用性を確

認したが、標本数が少なく、関連要因の量的な検討には至っていない。研修受講の成果の現れ方には実務経験年数の影響を受ける可能性もある。プログラムが専門職個々の変容をたらしめ、その変容がチームの変容に至る過程の検討を進めるなど、効果測定の指標の確立が必要である。

文献

- 1) 地域包括ケア研究会（2014）『地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング。
- 2) HWO（2010）『Framework for Action on inter-professional Education and Collaborative Practice』（http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/, 2017.7.30）。
- 3) 杉本浩章（2018）「「終末期ケアの質を高める 4 条件」の妥当性と有用性」『福祉健康科学研究』（13），47-55。
- 4) 多職種連携コンピテンシー開発チーム（2016）『医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー』（http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryō/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf, 2017.7.30）。
- 5) 中村洋（2014）「多職種連携における 2 つの阻害要因と 4 つの促進要因」『医療と社会』24（3），211-212。
- 6) 和泉典・秋山美紀・奥山慎一郎・他（2012）「地域における多施設・多職種デスカンファレンス参加者の体験に関する探索的研究」『Palliative Care Research』7（2），354-362。
- 7) 島田千穂・伊藤美緒・平山亮・他（2015）「看取りケア経験の協働的内省が特別養護老人ホーム職員の認識に及ぼす影響」『社会福祉学』56（1），87-100。

本節は、『地域ケアリング』19（10）に掲載された自著「地域包括ケアシステム下での看取りを実現するための研修プログラム開発」により、当該論文の著作権は(株)北隆館に属する。

第5章 終末期ケアにおける介入研究の試み

第1節 情報の共有に着目した地域レベルの実態と課題

1. 背景と第5章第1節の目的

地域包括ケアシステムの整備が進む中、終末期ケアにおける IPW の重要性が指摘されている¹⁾。終末期ケアにおける IPW を取り上げた研究の蓄積は進みつつあるが、その多くは実践報告であり、1施設内における IPW を取り上げたものや IPW の成果を測る評価指標が明確でないなど途上にある。他方、IPW に基づく質の高いケア提供においては、情報のシームレス化を欠くことができない²⁾。

そこで第5章では、前章で取り上げた IPW のための研修プログラムを用いた介入研究の試みを報告する。終末期ケアに取り組む多職種で構成されたチームに対し、IPW 研修プログラムを提供し、そのチームの変容を追跡するパネル調査のベースラインの構築を目指す。

第1節では、多機関・多職種による情報の共有に焦点をあて、地域レベルでの IPW の実態と課題を検討した。

2. 対象と方法

対象は、高齢者の終末期ケアに携わる多機関・多職種で構成する5チームの9職種・23人で、多職種チームの構成員はそれぞれ共通のケースに携わっている。

調査は、質問紙を用いた郵送調査とし、当該ケースにかかる項目について各専門職が独立して回答した。調査票はA4用紙で16頁、10領域71項目で構成し、本分析ではそのうち、「ケアの質を高める4条件」³⁾にかかる情報の共有に焦点をあて分析対象とした。

分析は、先の4条件を表しうる項目について、チーム構成員の把握・認識の一致状況をみた。

3. 結果

チーム構成員の把握・認識の一致状況を表に示す。

1) 条件1 本人・家族の意思表示があること

当該ケースの「本人が望む死亡の場所」について、フォーマルな関係者や記録から把握している希望場所を尋ねたところ、5チーム中4チーム・10人が「不明」とした。うち、

8人は本人からや主介護者などインフォーマルな関係者からも把握しておらず、本人の意思の共有が十分でなかった可能性がうかがわれた。

別の1チームは、「自宅」の希望はチームで共有されていたが、本人が「医療機関」の希望も併せ持っていたことの情報共有は不十分であった。ただし、本調査ではどのような条件において医療機関も希望していたのか、その詳細までは把握していない。

2) 条件2 ケアを支える介護力やサポートがあること

当該ケースの介護力について4つの視点—主介護者を中心としたインフォーマルな介護力（情緒的なサポートを除く直接的な介護の量と質の総体）、情緒的なサポートや間接的な介護生活の支え、フォーマルな介護力、それらを合わせた総合的な介護力—から4段階での評価を求めた。

その結果、とくにインフォーマルな介護力や情緒的なサポートにおいて評価が割れ、インフォーマルな介護力で評価が一致（やや介護力がある、介護力がある）したのは、1チームのみであった。

3) 条件3 終末期ケアを支える医学医療ケア

症状マネジメントのうち疼痛コントロールの状況については、苦痛あり（症状があり緩和できていない）、苦痛なし（症状があるが緩和できている）、痛みなし、で判断を求めた。

3チームは「苦痛あり」と「苦痛なし」で判断が分かれ、2チームは「不明」とした者がいることで、疼痛コントロールの状況の評価が一致するチームはみられなかった。

4) 条件4 本人や家族の願いを実現するためのケアマネジメント

条件4については、ケアマネジメントの成果としての「本人の生活の質」と「主介護者の生活の質」の評価の一致状況をみた。4段階での評価を求めたところ、両者ともおおむね高い評価（やや質が高い、質が高い）が大勢を占めたが、前者で2チーム・2人が「やや質が低い」とし、1人は「わからない」とした。また、後者では1チーム・1人が「やや質が低い」の評価であり、「わからない」とした者も1人いた。

表 「ケアの質を高める4条件」等の認識

チーム 構成員	職種	条件1				条件2				条件3	条件4		総合評価
		本人	インフォーマル	フォーマル	インフォーマル	情緒的	フォーマル	総合	疼痛		生活の質	介護生活の質	
A-a	訪問看護師	不明	自宅	自宅、医療機関	やや介護力がある	不明	やや介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	痛みなし	やや質が高い	やや質が高い	やや質が高い
A-b	看護師	不明	不明	不明	やや介護力がある	不明	介護力がある	介護力がある	やや介護力がある	痛みなし	やや質が高い	質が高い	質が高い
A-c	介護職	不明	不明	不明	介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	不明	やや質が高い	やや質が高い	やや質が高い
B-a	介護支援専門員	不明	医療機関	不明	やや介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	苦痛あり	やや質が高い	やや質が高い	やや質が高い
B-b	訪問看護師	不明	医療機関	不明	やや介護力が劣る	介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	苦痛あり	質が高い	質が高い	やや質が高い
B-c	理学療法士	不明	不明	不明	やや介護力が劣る	介護力がある	やや介護力が劣る	やや介護力がある	やや介護力がある	苦痛あり	やや質が高い	やや質が高い	やや質が低い
B-d	言語聴覚士	不明	不明	不明	やや介護力が劣る	介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	不明	やや質が高い	やや質が高い	やや質が高い
B-e	医師	不明	不明	不明	やや介護力が劣る	やや介護力が劣る	やや介護力が劣る	やや介護力が劣る	やや介護力が劣る	苦痛あり	やや質が高い	やや質が高い	やや質が低い
B-f	福祉用具専門相談員	不明	自宅、医療機関	自宅、医療機関、不明	介護力がある	介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	不明	質が高い	質が高い	質が高い
B-g	介護職	自宅	自宅	自宅	やや介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	不明	質が高い	質が高い	質が高い
C-a	訪問看護師	自宅、医療機関	自宅、医療機関	自宅、医療機関	やや介護力がある	やや介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	痛みなし	やや質が高い	やや質が高い	質が高い
C-b	介護支援専門員	不明	自宅	自宅	やや介護力が劣る	不明	介護力がある	介護力がある	介護力がある	苦痛なし	質が高い	やや質が高い	質が高い
C-c	介護支援専門員	不明	自宅	自宅、医療機関	介護力がある	不明	やや介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	不明	質が高い	質が高い	やや質が高い
C-d	医師	不明	自宅	自宅	やや介護力がある	やや介護力がある	介護力がある	介護力がある	やや介護力がある	苦痛あり	わからない	質が高い	質が高い
D-a	介護支援専門員	不明	不明	不明	やや介護力がある	介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	やや介護力がある	苦痛あり	やや質が高い	やや質が高い	やや質が高い
D-b	訪問看護師	不明	自宅、介護施設、医療機関	自宅、医療機関	介護力がある	やや介護力が劣る	介護力がある	介護力がある	介護力がある	苦痛なし	やや質が高い	やや質が低い	質が高い
D-c	理学療法士	自宅、医療機関	自宅、医療機関	医療機関	やや介護力がある	やや介護力が劣る	介護力がある	介護力がある	やや介護力がある	苦痛あり	質が高い	やや質が高い	やや質が高い
D-d	福祉用具専門相談員	不明	不明	不明	やや介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	やや介護力がある	不明	やや質が高い	やや質が高い	質が高い
E-a	介護職	自宅	不明	自宅、宅老所	介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	やや介護力が劣る	苦痛あり	やや質が高い	やや質が高い	やや質が高い
E-b	介護職	不明	不明	不明	介護力がある	やや介護力が劣る	介護力がある	介護力がある	介護力がある	苦痛あり	質が高い	質が高い	質が高い
E-c	訪問看護師	不明	宅老所	宅老所	介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	苦痛あり	やや質が高い	わからない	やや質が高い
E-d	介護支援専門員	自宅	不明	自宅	介護力が劣る	介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	苦痛なし	やや質が高い	やや質が高い	質が高い
E-e	歯科衛生士	不明	不明	宅老所	介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	介護力がある	苦痛なし	やや質が高い	質が高い	やや質が高い

※条件1：本人・家族の意思表示があること，条件2：ケアを支える介護力やサポートがあること，条件3：終末期ケアを支える医学医療ケア，条件4：本人や家族の願いを実現するためのケアマネジメント

5) 終末期ケアの質の評価

当該ケースにおける多職種が提供する医療・福祉サービスの質の総合評価について、ここでも4段階で問うたところ、おおむね高い評価であったが1人は「やや質が低い」とした。その理由を直接に問う設問はないが、当該者は条件2と条件3の評価がともに低かった。

4. 考察

「ケアの質を高める4条件」について、終末期ケアに携わる多職種チームにおける把握・認識の一致状況をみたが、評価が分かれたり判断ができなかったりするなど、チームでの情報共有には課題がみられた。しかし、情報共有の全体像を捉えるためには、どのような前提や条件をもとに、何に焦点を当てた評価であったのか、といった質的な把握も求められることに留意が必要である。

すでに、在宅療養高齢者の意思把握に必要なコア情報として、「悔いなき終焉」など3因子が明らかにされている⁴⁾。今回、いずれのチームも構成員の誰かは「本人が望む死亡の場所」を把握しており、他にも、生活上の願いや望みなどの情報も把握されていた（未公表データ）。これらの情報を、チームとしてどのように生かすのか、チーム・マネジメント力が求められる。

同様のことは、条件2においてもいえる。終末期ケアの訪問看護において、「介護力に関する判断」は開始期や安定期に重点が置かれているが⁵⁾、移行期や臨死期に向けた「看取り介護」のための介護力を判断し、主介護者も含めチームで共有する視点が求められるだろう。

また、各地で推進されている在宅医療・介護連携は、その将来的なあり方を見据えた施策が基本となる⁶⁾。一方で、疼痛コントロールの状況を「不明」とした6人はいずれも医療職ではなく、また、医療職においても判断がわかれるなど、緩和状況の把握にはバラつきがあった。多死社会のなかでの在宅医療・介護連携のあり方を想定する必要があるだろう。

条件4やケアの質の評価は、そもそもチームとしての目標が明確であったか否か、その目標達成に向けた取り組みと成果について、チームとして評価できることが重要となる。そのための多職種連携教育プログラムの研究と実践が求められる¹⁾。

文献

- 1) 篠田道子・原沢優子・杉本浩章・他編（2018）『多職種で支える終末期ケア—医療・福祉連携の実践と研究—』中央法規出版.
- 2) 鷹野和美（2008）『チームケア論—医療と福祉の統合サービスを目指して—』ぱる出版.
- 3) 樋口京子・篠田道子・杉本浩章・他編（2010）『高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール』中央法規出版.
- 4) 高橋方子・布施淳子（2014）「在宅療養高齢者の終末期医療における意思把握に関する研究—訪問看護師が意思把握に必要なコア情報の特定—」『日本看護研究学会雑誌』37（1），49-60.
- 5) 西浦郁絵・能川ケイ・服部素子・他（2005）「在宅ターミナルケアに関する研究（その3）—在宅ターミナルケアの諸相における看護判断と実践—」『神戸市看護大学短期大学部紀要』（24），17-25.
- 6) 国立長寿医療研究センター（2013）『在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック』（<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000119306.ppd>，2018.10.25）.

本節は、『地域ケアリング』21（1）に掲載された自著「終末期ケアにおける専門職間協働—情報の共有に着目した地域レベルの実態と課題—」により，当該論文の著作権は(株)北隆館に属する．

第2節 終末期ケアの質に影響を及ぼす多職種チーム・モデルの検討

1. 背景と第5章第2節の目的

多死時代を見据え、終末期ケアを支える IPW のあり方が問われる。終末期ケアでは、「終末期ケアの質を高める4条件」を整えていくためのチーム作りとチームマネジメントが求められる¹⁾。

多職種チームには図に示す4つのモデル（連絡モデル、調整モデル、連携・協働モデル、統合モデル）があるが、ケア対象者の状況やチームの状態などから、求められる多職種チーム・モデルは異なり、いずれかが常に優れているわけではない²⁾。

そこで本節では、終末期ケアの IPW における「適切なモデルの選択」に焦点をあて、終末期ケアの質に影響を及ぼす多職種チーム・モデルを検討した。

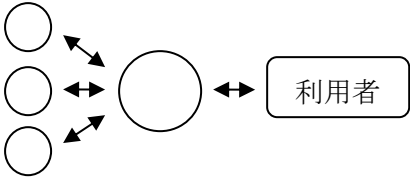
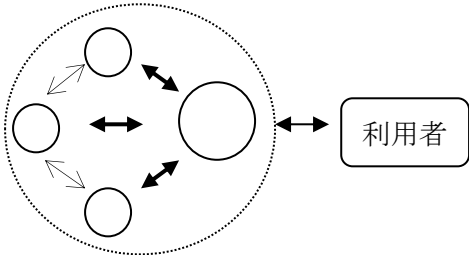
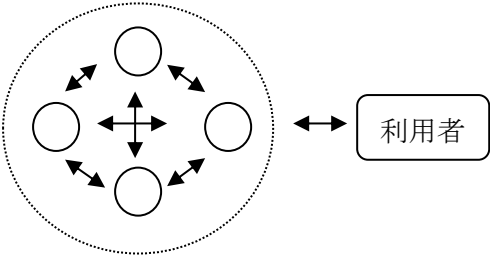
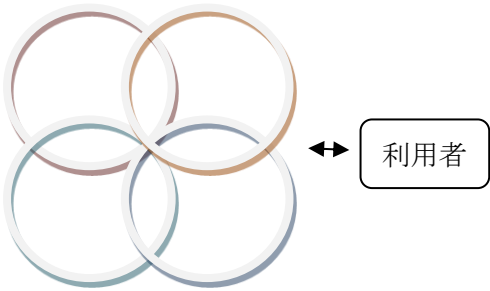
2. 対象と方法

対象は、高齢者の終末期ケアに携わる多職種チーム6チームの9職種・30人（表1）である。この多職種チームはそれぞれ共通のケースに携わっており、うち5チームは多機関・多職種で、1チームは同一機関（特別養護老人ホーム）の多職種で構成している。

調査は、質問紙を用いた郵送調査とし、当該ケースにかかる項目について各専門職はそれぞれ独立して回答した。先の5チームの調査基準日は2018年3月1日、同一機関チームは同年5月1日である。調査票はA4用紙で16頁、10領域71項目で構成し、本分析ではそのうち当該ケースの評価やチームに対する認識など、3領域20項目を対象とした。

分析は、4つの多職種チーム・モデルを4段階の成長・発展過程とみなし、その成長・発展過程とケアの質の評価などとの関係について、Pearson の積率相関係数を用いて分析した。なお、多職種チーム・モデルは、「多くの場合、連絡→調整→連携・協働→統合のプロセスを経て段階的に成長・発展」²⁾し、チームとしての統合度が高まる。そのため本分析では、4つのモデルの成長・発展に応じた順序づけをし、これを順序尺度とみなし分析した。

統計学的検定には IBM SPSS Statistics 23 for Windows を用い、設問ごとに記入なしを除いたものを有効回答とみなし、5%未満を有意水準とした。

 <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各職種の分業が明確で、固定したメンバーによるチーム構成ではない。 ・ 連絡は必要時の不定期で、情報の多くはリーダー的役割の人物に集約。 ・ 権限や責任がリーダー的役割の人物に集中。
 <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種による緩やかなチームが構成され、多職種間で何らかの情報共有がある。 ・ 強いリーダーシップを持つ人物が明確で、その者との関係に比べると、メンバー間の関係性は弱い。 <p>利用者側から見ても、リーダー的人物が明確である。</p>
 <p>3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各職種間の境界が明瞭で、職種間の仕事の重なりは少ない。 ・ チームメンバーが固定的で、多職種間での情報共有を意識している。 <p>ケアの方針等について、多職種チームとしての意思決定（目標）がある。</p>
 <p>4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアの方針等について、多職種チームとしての意思決定（目標）がある。 ・ 職種ごとの支援計画の立案（例：介護計画）において、他の職種（例：看護師）からの情報提供も活用している。 ・ 職種間での仕事の重なりがあり、他の職種の支援計画（例：介護計画と看護計画）を踏まえた個々の実践がある。

※ 近藤²⁾をもとに筆者作成

図 多職種チーム・モデル

表 1 多職種チームの構成

チーム	構成員数	職種
A	3	訪問看護師，看護師，介護職
B	7	訪問看護師，介護支援専門員，医師，理学療法士，言語聴覚士，介護職，福祉用具専門相談員
C	4	訪問看護師，介護支援専門員，介護支援専門員，医師
D	4	訪問看護師，介護支援専門員，理学療法士，福祉用具専門相談員
E	5	訪問看護師，介護支援専門員，歯科衛生士，介護職，介護職，
F	7	看護師，看護師，生活相談員，介護支援専門員，理学療法士，管理栄養士，介護職

※ チーム B とチーム D の福祉用具専門相談員は同一人物

3. 結果

1) 結果の概要

(1) 多職種チームの成長・発展段階（多職種チーム・モデル）の認識

所属する多職種チームの成長・発展段階（多職種チーム・モデル）の認識について，権限や責任が個人に集中し多職種間の仕事の重なりが小さい「連絡モデル」と認識している者は3チームの3人であった．次に，緩やかなチームを構成し多職種間での調整がみられるものの，意思決定の権限やゴールの設定・結果への責任をリーダーが担う「調整モデル」は4チームの6人．また，スタッフの固定化が進み情報の共有やチームとしての意思決定を行うが，専門職間の境界が明瞭な「連携・協働モデル」は5チームの8人．そして，職種間の仕事の重なりが大きくなり情報の共有が進んで，共同（synergy）作用を発揮した目標が立案される「統合モデル」は5チームの11人であった．

(2) 当該ケースの生活やケアの質の評価

当該ケースの生活やケアの質は，「質が低い」から「質が高い」までの4段階で問うた．まず，「本人の生活の質」（終結ケースの場合は死および死に至る過程）の評価では，「質

が低い」と評価した者はおらず、「やや質が低い」が4人、「やや質が高い」が17人、「質が高い」が7人で、2人は「わからない」であった。なお、この評価は本人の状態や家族の条件、提供された医療・福祉サービス等を総合した評価である。

同様に、「主介護者の介護生活の質」（終結ケースの場合には看取りおよび看取りに至る過程）においても「質が低い」の評価はなく、「やや質が低い」が3人、「やや質が高い」が17人、「質が高い」が8人で、2人は「わからない」であった。

次に、当該ケースにおける回答者の「職種の専門性に基づき提供するケアの質」（チーム構成員である同職種を含む）では、「やや質が低い」が5人、「やや質が高い」が17人、「質が高い」が5人で、「わからない」は3人いた。

また、回答者を含む「多職種チームが提供する医療・福祉サービスの質の総合評価」では、1人は「質が低い」と評価し、「やや質が低い」が4人、「やや質が高い」が14人、「質が高い」が10人で、1人が「わからない」とした。

回答者の他職種・他機関への情報提供についての姿勢を問うた4段階評価では、8割が積極姿勢（「やや積極的」13人、「積極的」11人）であったが、他職種・他機関からの情報の共有に対する姿勢では、5割弱にとどまった（「やや積極的」12人、「積極的」2人）

（3）当該ケースにおける多職種チーム体制の認識

多職種チーム体制について、4段階での認識を尋ねた11項目の結果を表2に示す。

メンバー固定の度合いを訪ねた「2.メンバーの固定」では、流動的と認識し1を選択した者とやや流動的と認識し2を選択した者が各4人で、やや固定的と認識し3を選択した者が12人で最多であった。

同様に、「8.共有される情報量（統合性）」では、やや大きいと認識し3を選択した者が14人、大きいと認識し4を選択した者が10人であった。また、「10.共同作用の大きさ」を小さいと認識した者はおらず、大きいと認識し4を選択した15人が最多であった。

表2 多職種チーム体制の認識

1. チームの構造	なし				1つのチームとしてのまとまりの強さの度合い
	1	2	3	4	
	0人	2人	17人	11人	
2. メンバーの固定	流動的				チーム内のメンバーの固定の度合い
	1	2	3	4	
	4人	4人	12人	10人	
3. 意思決定の権限の集中度	集中				医療・介護サービスの内容や支援方法を決定する権限の所在
	1	2	3	4	
	1人	8人	13人	7人	
4. 目標設定・結果への責任集中度	個人				医療・介護サービスの目標設定や結果にかかる責任の所在
	1	2	3	4	
	1人	7人	16人	5人	
5. 意思決定の早さ（効率性）	早い				医療・介護サービスの決定や見直しに要する時間
	1	2	3	4	
	8人	12人	6人	4人	
6. 適している場面・対象	救急医療				チーム力がもっとも発揮されるであろう場面
	1	2	3	4	
	0人	2人	15人	13人	
7. 連絡・協働・学習の頻度	必要時				連絡・協働・学習の頻度の認識
	1	2	3	4	
	3人	4人	17人	5人	
8. 共有される情報量（統合性）	小さい				メンバー間での情報共有の程度
	1	2	3	4	
	2人	4人	14人	10人	
9. 仕事の重なり	小さい				医療職が介護保険サービスの相談にも応じるといった、仕事の重なり
	1	2	3	4	
	3人	9人	9人	9人	
10. 共同作用の大きさ	小さい				多職種で取り組むことによる相乗効果
	1	2	3	4	
	0人	3人	12人	15人	
11. 必要なリーダーの資質の複雑性	単純				多職種協働においてリーダーに求められる資質の特性
	1	2	3	4	
	0人	5人	18人	7人	

※ 近藤2) をもとに筆者作成

2) 多職種チームの成長・発展段階（多職種チーム・モデル）とケースの評価

多職種チームの成長・発展段階（多職種チーム・モデル）とケースの評価を問うた項目との相関関係を表3に示す。

多職種チームの成長・発展段階と「本人の生活の質」には有意な正の相関（Pearson の相関係数 $r=0.420$ ，両側有意確率 $p<0.05$ ）がみられた。つまり，多職種チームの成長・発展段階が進むほど生活の質の評価が高い。

提供するケアの質との関係では，「職種の専門性に基づき提供するケアの質」（Pearson の相関係数 $r=0.496$ ，両側有意確率 $p<0.05$ ）と「多職種チームが提供する医療・福祉サービスの質の総合評価」（Pearson の相関係数 $r=0.422$ ，両側有意確率 $p<0.05$ ）ともに，有意な正の相関がみられた。多職種チームの成長・発展段階と提供するケアの質の高さには関連がみられる。

表3 多職種チームの成長・発展段階とケースの評価

項目	成長・発展段階	p 値
本人の生活の質	0.420	*
主介護者の介護生活の質	-0.060	n.s.
職種の専門性に基づき提供するケアの質	0.496	*
多職種が提供する医療・福祉サービスの質の総合評価	0.422	*

注1) 値は Pearson の相関係数

注2) $*=p<0.05$

3) 多職種チームの成長・発展段階（多職種チーム・モデル）とチーム体制の認識

多職種チームの成長・発展段階（多職種チーム・モデル）と多職種チーム体制の認識を4段階で評価した11項目との相関をみたところ，2項目で有意な正の相関がみられた。

有意であったのは「メンバーの固定」（Pearson の相関係数 $r=0.447$ ，両側有意確率 $p<0.05$ ）と「共有される情報量」（Pearson の相関係数 $r=0.448$ ，両側有意確率 $p<0.05$ ）である。

他に，「共同（synergy）作用の大きさ」（Pearson の相関係数 $r=0.335$ ，両側有意確率 p

=0.081) が 10%未満の水準であった。なお、この項目と「共有される情報量」は強い相関関係にある (Pearson の相関係数 $r=0.718$, 両側有意確率 $p<0.001$)。

表 4 多職種チームの成長・発展段階とチーム体制の認識

項目	成長・発展段階	p 値
1.チームの構造	0.315	n.s.
2.メンバーの固定	0.447	*
3.意思決定の権限の集中度	-0.094	n.s.
4.目標設定・結果への責任集中度	0.133	n.s.
5.意思決定の早さ (効率性)	-0.216	n.s.
6.適している場面・対象	-0.267	n.s.
7.連絡・協働・学習の頻度	0.288	n.s.
8.共有される情報量 (統合性)	0.448	*
9.仕事の重なり	0.136	n.s.
10.共同作用の大きさ	0.335	n.s.
11.必要なリーダーの資質の複雑性	-0.114	n.s.

注 1) 値は Pearson の相関係数

注 2) $*=p<0.05$

4. 考察

今回、チームの成長・発展が進むと生活の質や提供するケアの質が高まる可能性が示唆され、多職種チームの成長・発展段階には「メンバーの固定」の度合いや「共有される情報量」が関連していた。しかし、本調査は横断的研究であり、これらの結果は因果関係を示すとは限らない。ただし、時間的な順序でいえば、多職種チーム・モデルは生活の質やケアの質が決定する以前に存在することから、因果関係を示唆する可能性は高い。また、チームが成長・発展するプロセスを考慮すれば、回答者は「メンバーの固定」の度合いや「共有される情報量」をもとに、所属する多職種チームのモデルを判断したと考えられる。

これらを踏まえたうえで、2つの視点から考察する。

1) 統合モデルのチーム運営が終末期（ケア）の質の高さをもたらす

本調査によって、統合度が高まるほど本人の生活や提供するケアの質が高まる可能性が示唆された。なぜ、統合モデルに近づくことが質を高めることになるのか。「終末期ケアの質を高める4条件」¹⁾とは、本人・家族の意思表示をチームで共有し（条件1）、介護力（条件2）や医学医療ケア（条件3）を整え、本人・家族の願いをかなえるためのケアマネジメント（条件4）を行うものである。これらの条件の整備は、情報共有の多さや仕事の重なり大きさなしには実現しない。つまり、チームの成長・発展が進み「統合モデル」に向かうことが、先の4条件を整えることにつながり、質の向上に結び付いたと思われる。

しかし、終末期ケアにおいて常に「統合モデル」が望ましいとはいえない。療養時は「連携・協働モデル」によるチーム形成とマネジメントが円滑なケアにつながり、臨死期に「統合モデル」に移行させることが必要とされる³⁾。特定の多職種チーム・モデルにあることなく、状況に応じ適切なチーム・モデルを形成できることが重要で、終末期ケアを担う多職種チームには高いチームマネジメント力が求められる。

2) 統合モデルのチーム形成とチームマネジメントは「共有する情報量」が鍵となる

チームの統合度が高まることの重要性を示したが、統合を進める鍵はなにか。今回の分析では、多職種チーム・モデルは、「メンバーの固定」と「共有される情報量」とに相関がみられた。一般連携理論に基づけば、共通の目標をもち自他の能力と限界を知っておくことや、コミュニケーションがとれ意見交換ができる場があることなどは、チームワークに必要な要因となる⁴⁾。前者は「メンバーの固定」と、後者は「共有される情報量」とつながるものといえる。大切なのは、固定化されたチームの構成員がどのような情報をどれだけ共有するか、ということであろう。

ここでいうチームで共有する情報とは、先の4条件を踏まえれば、多職種による多面的・総合的なアセスメントの結果であり、また、その結果の統合化を図り設定されたケアのゴールと説明できる。これらは、チームマネジメントの質を決める要素でもある²⁾。

ただし、メンバーの固定化があれさえすれば情報共有ができるものではない。チームの構成員に変化が少ない特別養護老人ホームの多職種チームでは、意思決定過程や役割が固定的になりがちで、情報共有が課題の一つに挙げられている⁵⁾。

つまりは、終末期ケアを担う多職種チームにおいても、構成する専門職それぞれの専門

性の高さとともに、多職種と協働できる力やチームを動かす力といった「IPWに必要な専門職の実践力」⁶⁾が不可欠となる。多死時代を迎えるなか、その力を涵養するために、終末期ケアを担う多職種チームに対する IPE が必要となるだろう。

5. 小括

終末期ケアの IPW における「適切なモデルの選択」に焦点をあて、終末期ケアの質に影響を及ぼす多職種チーム・モデルを検討した結果、チームの成長・発展が進み「統合モデル」となることで、生活の質や提供するケアの質が高まる可能性が示唆された。また、多職種チームの成長・発展段階には「メンバーの固定」の度合いや「共有される情報量」が関連していた。

文献

- 1) 樋口京子・篠田道子・杉本浩章・他編（2010）『高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール—』中央法規出版。
- 2) 近藤克則（2012）『医療・福祉マネジメント〔改訂版〕—福祉社会開発に向けて—』ミネルヴァ書房。
- 3) 原沢優子（2018）「在宅看取りにおける多職種チーム・モデルと課題」篠田道子・原沢優子・杉本浩章・他編（2018）『多職種で支える終末期ケア—医療・福祉連携の実践と研究—』中央法規出版，121-133。
- 4) 野中猛・野中ケアマネジメント研究会（2014）『多職種連携の技術（アート）—地域生活支援のための理論と実践—』中央法規出版。
- 5) 松田実樹，杉本浩章，上山崎悦代，他（2015）「終末期ケアにおける専門職間協働の現状と課題：特別養護老人ホームにおける調査から」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』22，167-176。
- 6) 埼玉県立大学編『IPWを学ぶ—利用者中心の保健医療福祉連携—』中央法規出版。

終章 結論—地域包括ケアシステム社会における看取りの社会福祉の論点

1. 背景と終章の目的

2025 年（令和 7）年，わが国の人口高齢化率は 3 割の大台に達する．高齢化の進展は死亡者数の増加を意味し，わが国の死亡者数は同時点で 152 万人余とみられ，ピークを迎える 2039（令和 21）年には約 170 万人となる¹⁾※1.

このような社会情勢の中，地域包括ケアシステムの推進における対人援助専門職の実践上の当面の課題は，主として介護と医療との連携に注目が集まる※2．さらに，団塊の世代を看取る時代となる「2040 年」に向けては，地域包括ケアシステム社会における看取りのあり方が問われることとなる※3.

現状，死亡場所をみると，死亡者総数の 75.8%を医療機関が占め，自宅は 13.0%にとどまる⁴⁾．かつて診療報酬改定時に用いられた死亡場所別の将来推計においても，2030（令和 12）年時点で自宅死亡者数を 20 万人と仮定しており，死亡者総数に占める割合は 12%ほどであった⁵⁾．住まいの看取りは条件整備が進めば「QOL が高くなると期待され，コスト面での優位性もある」⁶⁾ともされるが，「2040 年」を待つまでもなく，「2030 年までに約 40 万人死亡者数が増加すると見込まれるが，看取り先の確保が困難」⁷⁾な状況となっている．

それでは，死や看取りに対する国民意識はどうか．

「高齢者の健康に関する意識調査」⁸⁾をみると，高年齢者・高齢者の半数以上が自宅で最期を迎えることを望んでいる．しかし，詳細な設定をもとに全世代に問うた調査⁹⁾では，死期が迫っていることを告げられた場合，最後まで自宅での療養を望む者は 1 割ほどで，自宅で療養し，必要になれば医療機関や緩和ケアに入院したいと考える者で合わせて半数を超える．最期の方がどこになるにせよ，できるだけ長く住み慣れた場で過ごしたいという願いが読み取れよう．

他方，地域包括ケアシステムの推進におけるサービス提供の国のスタンスは，「居宅生活の限界点を高める」※4 ことにある．つまり，地域包括ケアシステム社会の下での看取りの課題は，国民意識の上でも政策上でも「住み慣れた地域で終末期※5 を過ごすこと」で一致する．地域包括ケアシステム下での看取りの実現は，看取りが日常生活から切り離されてきた社会から，生活の中で看取り・看取られる社会への回帰といえる．そうであるならば，看取りの問題を医療の問題と矮小化あるいは焦点化して議論することはできない．

佐藤¹²⁾は緩和ケアの定義^{※6}をもとに、「医療的側面だけでは緩和ケアはなしえない」として、緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの存在意義を説いている。地域包括ケアシステムが推進される今日、改めて地域包括ケアシステム社会下の看取りにおける社会福祉の論点を明らかにし、ソーシャルワーカーの役割を示す必要があろう。

そこで終章では、第1章から第5章までで整理してきた調査研究の成果を踏まえ、ソーシャルワーカーがたずさわる終末期ケアに関する文献を中心にレビューし、地域包括ケアシステム社会における看取りの社会福祉の論点を、ミクロ・メゾ・マクロそれぞれの枠組みから検討する。

2. 看取りにかかわるミクロソーシャルワークの課題

看取りにかかわるソーシャルワーク研究には、主にミクロレベルに焦点をあてた医療ソーシャルワーク分野の研究がある。

田村¹⁴⁾ががん患者を例に社会的自己の喪失がもたらす社会的苦痛への支援の必要性を挙げているように、医療ソーシャルワーカーの直接的支援の役割として心理社会的支援が多く挙げられる¹⁵⁻¹⁸⁾。「医療ソーシャルワーカー業務指針」¹⁹⁾においても、心理的・社会的問題への対処が期待されており、「ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン」²⁰⁾では、心理社会的支援を中心としたソーシャルワーカーの役割が整理されている。この役割は、「初期介入において心理社会的ニーズがどれだけ満たされたかが、その後の療養期間全体の満足度を左右する」²¹⁾ため、重要なものとなる。

一方で、ホスピス・緩和ケア病棟の医療ソーシャルワーカーへの心理相談への期待は高くなく、「医療費などの経済問題の相談」や「社会資源や制度の紹介」が業務と認識されてきた側面がある²²⁾。また、そもそもソーシャルワーカーは、緩和ケアにおける立場が未確立であることや患者や家族に十分に関われないことなどから生じる「ソーシャルワーカー特有のグリーフ」²³⁾をもつなかで、その業務にあたっている。

加えて、先の心理社会的支援はソーシャルワーカー固有の役割というものでもない。終末期のケアではIPWが欠かせず、なかでも、「住み慣れた地域で終末期を過ごす」ともなれば、互いの役割が重なり合うトランスディシプリナリーモデル²⁴⁾によるチーム作りが求められる。心理社会的支援がソーシャルケースワークの支援の一つと位置付けるとしても、関与の仕方が直接的か間接的か等の違いはあったとしても、IPWで看取りにかかわる専門職には「ソーシャルケースワーク」の視点が求められることになる。大賀²⁵⁾が指摘

するソーシャルケースワークの「他の対人援助職と共有可能で他職種もその規範に基づいて行為することが可能なもの」に整理されよう。

そのため、ソーシャルワークの役割をミクロレベルの心理社会的支援に焦点化することで、かえって「ソーシャルワーカー」の役割としての特徴を見出すことが困難となる。事実、山田ら²⁶⁾が緩和ケア病棟でのソーシャルワーカーの役割認識を記述し、看護師との役割接近による葛藤を描くなど、医療ソーシャルワーカーは「患者家族の生活全体をみるという独自性を発揮しにくくなったことにかかわる苦悩」²⁵⁾を伴っている^{※7}。ソーシャルワーク教育団体連絡協議会（当時）²⁹⁾も「ソーシャルワーカーの「資格」（社会福祉士・精神保健福祉士等）とソーシャルワークの「機能」は区別して検討する必要がある」との立場をとる。

「住み慣れた地域で終末期を過ごすこと」支える地域包括ケアシステムとなる上では、この困難は医療ソーシャルワーカーに留まらず、ソーシャルワーカーの困難として整理されることになるだろう。

また、前述したように終末期のケアでは IPW が欠かせない。ソーシャルワーカーの「資格」である社会福祉士は、法律上、医療職を含む IPW において連絡及び調整の役割を担うと定義される。しかし二木³⁰⁾は、定型的な退院支援・退院調整では医療ソーシャルワーカーより看護師に優位性を認めており、これを終末期のケアにあてはめれば、その優位性は、看取りが近づくほど一層強まるだろう。在宅ケアにおいても同様に、看取りが近付けば、IPW の中心は介護支援専門員から訪問看護師へと移行していく²⁸⁾。そのなかにあつて、ソーシャルワーカーとしての連携力をどう整理するのか、が問われる。

3. 看取りにかかわるメゾソーシャルワーク・マクロソーシャルワークの課題

メゾレベルやマクロレベルにおけるソーシャルワークの課題は何か。

Lisa ら³¹⁾は、文献レビューを通じて、ミクロレベルからマクロレベルにわたる緩和ケアと終末期ケアにおけるソーシャルワークのコンピテンシーを抽出した。また、全米ソーシャルワーカー協会による「緩和及びエンド・オブ・ライフケアにおけるソーシャルワーク実践基準・ガイドライン」³²⁾でも、ソーシャルワーカーがメゾレベル・マクロレベルでの専門性を持つことを背景として、ソーシャルワーカーの 11 の実践基準を示している。日本のガイドライン²⁰⁾でも、「遺族会援助」や「地域活動」など、メゾレベルに位置づく事からもソーシャルワークの業務として整理されている。つまり、看取りの社会福祉の論

点を考察する上で、メゾレベル、マクロレベルへの着目を欠くことはできない。

しかし、医療ソーシャルワーカーを対象とした調査³³⁾をみると、職務満足度と関連する因子は心理的サポート等で、遺族ケアの認識や実践は不十分なものであった。緩和ケアに対するレジデンシャルソーシャルワーカーの意識調査³⁴⁾からは、「制度・政策を前提とした実践が、貴重なソーシャルワークの実践を見過ごしてしまっている」との指摘がある。これはミクロレベルの実践の認識に基づくものであるが、この指摘は、看取りにかかわるメゾソーシャルワークやマクロソーシャルワークにも通じるものであろう。

それでは、メゾレベルやマクロレベルにおいて、ソーシャルワーク「機能」やソーシャルワーカーにどのような視点が求められるのか。

(1) メゾレベルで求められる視点

1 つは、地域住民に対するチームの一員としての働きかけである。終末期ケアの質を高めるためには、本人や家族の意思表示が欠かせず³⁵⁾、本人による意思決定が基本となる³⁶⁾。そのためにも、死を語ることが後ろ向きのことではなく、(死までのときを)“いかに生きるのか”を意味することではなければならない。地域住民との関わり方において、「主体性が高く行動力・発言力のある住民の多様性を生かすためにも、専門職連携の視点と方法は生かせる」³⁷⁾という。そのような関わりによって、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning ; ACP)^{※8}の文化として定着も考えられるだろう³⁹⁾。

2 つめには、他職種への働きかけである。地域レベルでの IPW 体制を構築していく上で、「事例検討や研修、交流会を通じた顔の見える関係づくり」を求める専門職は多い⁴⁰⁾。個々のケースごとの必要に応じた「連絡及び調整の役割」にとどまらず、IPW を推進するため地域の基盤づくりとしての取り組む必要がある。その点、医療ソーシャルワーカーは、支援者間での情報共有や支援者を集めた会議のコーディネートは熱心であり⁴¹⁾、終末期ケアにおいての一層の取り組みが期待できよう。

3 つめには、地域アセスメントとその結果の分析である。

地域レベルで自宅死の割合の多寡をみたとき、病床数の多さが自宅死の割合を下げ、在宅ケアに熱心な診療所が多ければ割合が上がることは容易に想像がつく。しかし、在宅ケアを支えるデイサービスやショートステイの事業所数が多い地域ほど、自宅死の割合が低まっていること⁴²⁾はあまり知られていない。住民が望む社会資源の豊かさが、住民が望む自宅死という結果に結びついていないことを分析していくことは、ソーシャルワークの

「機能」であり、ソーシャルワーカーの役割にもなるだろう。しかしながら、医療ソーシャルワーカーは、地域アセスメントによる地域課題の把握ができておらず、その割合は8割に上るとの報告⁴¹⁾もある。

(2) マクロレベルで求められる視点

地域包括ケアシステムの究極的な目的は、「死亡難民が生じて社会問題化するのを予防すること」⁴³⁾とされる。まずは、多死社会のなかで看取り場所をどう整備していくのか、ということへの着目が必要であろう。その中では、特別養護老人ホームなどの福祉施設が、医療機関と自宅に続く「第三の選択肢」となるための環境整備も求められる⁴⁴⁾※9。

しかし、看取りの場所が確保できさえすればよいわけではない。自宅での最期を望む高齢者が多い一方で、自宅での死亡と終末期ケアの質の高さは関連しない⁴⁶⁾。症状マネジメントの点でも自宅死が望ましいと言えず⁴⁷⁾、東京都で自宅死の割合が高い背景には孤独死の増加がある⁴⁸⁾。さらには、所得の多寡が終末期の質や看取り場所の違いに影響を及ぼす「看取りの格差問題」⁴⁹⁻⁵¹⁾の存在も指摘されている。

社会保障制度改革国民会議⁵²⁾による「QOD(クオリティ・オブ・デス)を高める医療」※10の指摘を受け、高橋⁵³⁾は「医療の在り方からさらに拡大して、福祉としての視点と在り方についても併せて検討することは必要」と述べている。最期の場所がどこであるかに留まらず、質の高い終末期や終末期ケアをいかに実現させるか、についてソーシャルワークの視点からも追求しなければならない

また、地域力強化検討会による報告書⁵⁴⁾では、「地域づくりの3つの方向性」として、医療ソーシャルワーカー等が「地域の様々な相談を受け止めていくという方法」が示されるなど、メゾレベルの実践が期待される。一方で、保健医療領域のソーシャルワーカーによる地域活動とは、制度・政策のマクロ領域に介入する実践を意味する⁵⁵⁾※11。この定義に基づけば、「地域づくり」にはマクロレベルの実践も含有することになる。

そのような地域活動を推進していくためには、制度・政策を動かす根拠を見出すために、たとえば、健康格差を明らかにしたJAGESプロジェクト⁵⁶⁾のような、疫学的手法をソーシャルワークに取り入れていくことも必要であろう。

4. 地域包括ケアシステム社会における看取りの社会福祉の論点

これまでの看取りにかかわるソーシャルワークの課題整理を踏まえ、地域包括ケアシス

テム社会における看取りの社会福祉の論点を4つ挙げる。

(1) ソーシャルワーク「機能」の捉え方

地域包括ケア社会にあって、医療の在り方が「生活モデル」で語られるようになり、IPWを地域で展開することを前提とすれば、ソーシャルワーク「機能」の追究とソーシャルワーク専門職としての専門性の追究を同じ土俵で語るべきではない。

ソーシャルワークの「機能」はソーシャルワーカーのみが担うものではなく、トランスディシプリナリーモデルでのIPWを推進するならば、ソーシャルワークの「機能」が多職種で重なりあうことは望ましい。

IPWにおいて、その構成員にソーシャルワークの「機能」を伝達し共有を図ることに、ソーシャルワーク専門職の存在意義がある。

(2) IPWにおけるソーシャルワーク専門職によるソーシャルワーク「機能」の特徴

ソーシャルワークの「機能」が多職種で共有できるものであるならば、ソーシャルワーク専門職によるソーシャルワーク「機能」の特徴は、多職種が協働してソーシャルワークの「機能」が最大限に発揮できるよう、多職種や制度・政策に働きかける役割を担うことになる。

IPWに必要な専門職の実践力は、「対人援助の基本となる力」を土台に、「多職種と協働する力」、「チームを動かす力」で描くことができる⁵⁷⁾。この整理をもとに、ソーシャルワーカーに求められるIPWの実践力を説明するとすれば、「地域をつくる力」(メゾレベル)、「制度・政策をつくる力」までを示すことができる(図1)。

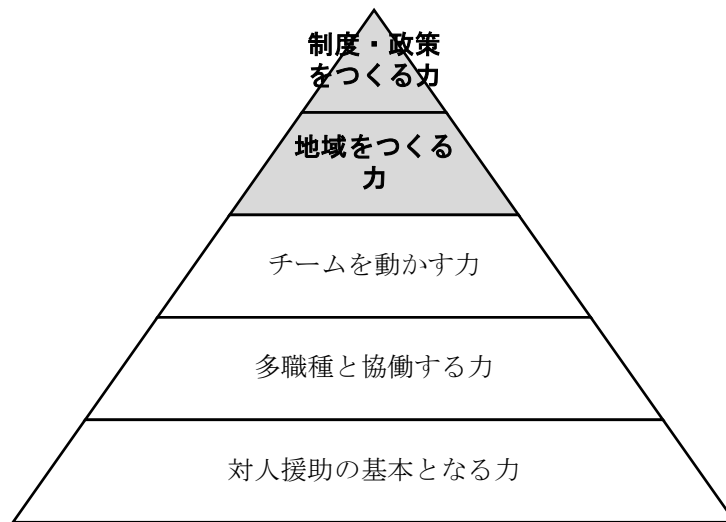


図1 ソーシャルワーカーに求められる IPW の実践力

※文献⁵⁵⁾をもとに筆者作成

(3) ソーシャルワークの対象と介入の特徴

先に「ソーシャルワークの役割をミクロレベルの心理社会的支援に焦点化することで、かえって「ソーシャルワーカー」の役割としての特徴を見出すことが困難となる」と述べた。しかしそれは、ソーシャルワーカーによる心理社会的支援を否定するものではない。

他職種による心理社会的支援との違いを示すならば、心理社会的課題が生じている背景への介入を含めた、ミクロレベルからメゾレベルやマクロレベルへとつながる一体性に特徴があるといえるだろう。

(4) ソーシャルワーク実践における疫学的思考の強化

ミクロレベルからメゾレベルやマクロレベルへとつながる一体性に特徴を見出すならば、マクロレベルでのソーシャルワーク実践における疫学的思考の強化が必要である。つまりそれは、疫学的手法を取り入れた福祉課題を捉えるための「福祉疫学」^{※12)}の実践を意味する(図2)。

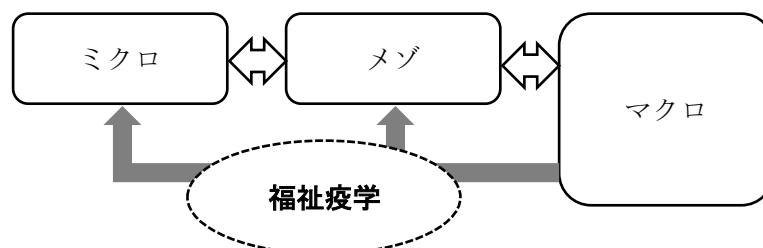


図2 ソーシャルワーク実践における福祉疫学

これらの論点の整理を進めることで、ソーシャルワークの「機能」をもったチームによる看取りの IPW が推進され、QOD を高めることにつながるだろう。この一連の取り組みが、地域包括ケアシステム社会で求められる終末期ケアのソーシャルワークと考えられる。

注釈

- ※1 出生中位・死亡中位家仮定による推計（日本における外国人を含む）。
- ※2 「療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、居宅等において提供される訪問診療等の医療（在宅医療）が不可欠の構成要素」とされる²⁾。
- ※3 地域包括ケア研究会³⁾は、「2040 年に向けた課題は、「いかにして団塊の世代を看取るか」という点に集約されていく」と指摘している。
- ※4 2012（平成 24）年に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」¹⁰⁾では、今後のサービス提供の方向性として、在宅サービス・居住系サービスの強化のために「切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための 24 時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる」としている。
- ※5 本論では、「終末期」の定義を「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」¹¹⁾として、具体的な期間を定めず論ずる。また、「看取り」とは、終末期の過程における死を迎える時期（臨死期）の看護・介護等の世話全般を指す。引用した論文により、終末期ケア、緩和ケア、ホスピスケア等、表現にバラつきがあるが、いずれも看取りのためのケアとして原文のまま表記する。
- ※6 WHO（世界保健機構）¹³⁾の定義によれば、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチ」である。
- ※7 IPW での質の高いケア提供においては、シームレス化を欠くことができない²⁷⁾。しかしそのことは、他専門職の職種範囲まで干渉している気持ちからのジレンマを生じさせることにもなる²⁸⁾。
- ※8 「今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的な

プロセス」と定義される³⁸⁾。

※9 中西⁴⁵⁾は、課題認識としてケア付き住宅など「第二の自宅」と呼ばれる施設の不足を挙げている。その上で、Aging in place を推進するための「住まい」の確立と日常的な備えが必要であることを提言している。ただし、その根拠として挙げられた「病院での死から在宅での死に移らざるを得ない時代が到来する」ことは、政策動向や社会情勢からみて説得力に欠ける。

※10 「超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることができるように支援すること—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD（クオリティ・オブ・デス）を高める医療」—も入ってこよう」と述べられている。

※11 田中⁵⁵⁾は、「保健医療サービスに潜在的ニーズをもつ者を含み、地域に存在する不特定多数の対象者に対して、そのヘルスコンディション（ICF のいう健康状態）が良好であるように、それを維持・向上させ、また低下させる要因を防止すること」を目的に、自らの所属する保健医療機関・組織を通じてまたはそれを踏まえた上で、当事者を中心に院内外の社会資源と協働しつつシステムづくりを行うような、組織・地域のメゾ領域、および制度・政策のマクロ領域に介入するソーシャルワーク実践のこと」と定義している。

※12 疫学の定義「明確に規定された人間集団の中で出現する健康関連のいろいろな事象の頻度と分布およびそれらに影響を与える要因を明らかにして、健康関連の諸問題に対する有効な対策樹立に役立てるための科学」⁵⁸⁾になぞらえれば、「明確に規定された人間集団の中で出現する“福祉関連”のいろいろな事象の頻度と分布およびそれらに影響を与える要因を明らかにして、“福祉関連”の諸問題に対する有効な対策樹立に役立てるための科学」と定義できるだろう。

文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所（2017）『日本の将来推計人口（平成 29 年推計）』人口問題研究資料第 336 号。
- 2) 国立長寿医療研究センター（2013）『在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック』

(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/00001193>)

06.ppd, 2018.10.25).

- 3) 地域包括ケア研究会 (2017) 『地域包括ケア研究会報告書—2040 年に向けた挑戦—』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング.
- 4) 厚生労働省 (2017) 『平成 28 年 (2016) 人口動態統計 (確定数) の概況』 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/index.html>, 2018.10.25).
- 5) 厚生労働省 (2012) 「平成 24 年度診療報酬改定関係資料 (平成 24 年 3 月 5 日改定説明会資料)」 (資料「平成 24 年度診療報酬改定の概要」).
- 6) 地域包括ケア研究会 (2014) 『地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業 報告書』 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング.
- 7) 迫井正深 (2015) 「第 1 回都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議資料 (地域包括ケアシステムの構築)」 (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000086353.pdf>, 2018.10.01).
- 8) 内閣府 (2013) 『平成 24 年度 高齢者の健康に関する意識調査』 (<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html>, 2017.11.30).
- 9) 終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010) 『終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について』 (https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/dl/saisyuu_iryuu11.pdf, 2017.11.30).
- 10) 『社会保障・税一体改革大綱』 (平成 24 年 2 月 17 日閣議決定).
- 11) 日本老年医学会 (2012) 『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012』 (<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf>, 2017.11.30).
- 12) 佐藤繭美 (2014) 「緩和ケアとソーシャルワーク」『社会福祉研究』 (121), 12-20.
- 13) World Health Organization (2002) WHO Definition of Palliative Care 2002.
- 14) 田村里子 (2004) 「がん患者が抱える社会的苦痛」『臨床精神医学』 33 (5), 573-577.
- 15) 片岡靖子 (2007) 「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割と課題」『九州保健福祉大学研究紀要』 (8), 71-77.
- 16) 本家裕子 (2002) 「ターミナルケアにおける医療ソーシャルワークに関する研究の動

- 向」『臨床死生学年報』(7), 64-72.
- 17) 島野麻里子・三原博光 (2014)「終末期の患者に対する心理社会的支援の検証—医療ソーシャルワークの支援事例から—」『県立広島大学保健福祉学部誌』14(1), 123-128.
- 18) 上白木悦子・前田正一 (2013)「在宅終末期医療における方針決定—看護師・医療ソーシャルワーカーの役割」『訪問看護と介護』18 (7), 567-571.
- 19) 厚生労働省 (2002)『医療ソーシャルワーカー業務指針』(厚生労働省健康局長通知 平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号).
- 20) 正司明美 (2005)「ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン (試案)」『山口県立大学社会福祉学部紀要』(11), 9-22.
- 21) 田村里子 (2006)「ターミナルステージで心理社会的側面をどう支えるか」『緩和ケア』16 (5), 406-410.
- 22) 長谷川浩・佐藤やよい (2001)「ホスピス・緩和ケア病棟における医療ソーシャルワーカーの役割」『ターミナルケア』11 (2), 130-134.
- 23) 金子絵里之 (2016)「緩和ケアにおける援助者のグリーフとその対応—職種間の共通性とソーシャルワーカーの特有性—」『社会福祉学』56 (4), 68-81.
- 24) 田中千枝子 (2016)「保健医療領域における「連携」の基本的概念と課題」『ソーシャルワーク研究』42 (3), 5-16.
- 25) 大賀有記 (2014)「医療ソーシャルワーカーの役割のあいまい化からみる専門職性についての検討—役割理論と組織システム論の観点から—」『社会福祉学評論』(14), 57-68.
- 26) 山田美保・安部猛・北川慶子 (2011)「緩和ケア病棟におけるソーシャルワークに関する質的研究」『西九州大学健康福祉学部紀要』(42), 43-49.
- 27) 鷹野和美 (2008)『チームケア論—医療と福祉の統合サービスを目指して—』ぱる出版.
- 28) 原沢優子 (2018)「在宅看取りにおける多職種チーム・モデルと課題」篠田道子・原沢優子・杉本浩章・他編『多職種で支える終末期ケア—医療・福祉連携の実践と研究—』中央法規出版, 121-133.
- 29) ソーシャルワーク教育団体連絡協議会 「新福祉ビジョン特別委員会」(2006)『ソーシャルワーカー養成教育の改革・改善の課題と論点< 最終報告 >』.
- 30) 二木立 (2017)「近年の医療・福祉改革はソーシャルワーカーにとっての好機か? 危

機か？」『医療と福祉』 51 (2), 10-13.

- 31) Lisa P. Gwyther, Terry Altilio, Susan Blacker, et al. (2005) Social Work Competencies in Palliative and End-of-life Care, Journal of social work in end-of-life & palliative care 1(1),87-120.
- 32) National Association of Social Workers (2005) NASW Standards for Social Work Practice in Palliative and End of Life Care.
(<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=xBMd58VwEhk%3d&portalid=01>, 2017.11.30)
- 33) 本家裕子・恒藤暁・柏木哲夫 (2004) 「がんの終末期ケアにおけるソーシャルワーカー—実態調査および専門的役割についての検証」『医療と福祉』 37 (1), 45-50.
- 34) 佐藤繭美 (2010) 「緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割の検討」『現在福祉研究』 (10), 89-99.
- 35) 樋口京子・篠田道子・杉本浩章・他編 (2010) 『高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める 4 条件とケアマネジメント・ツール』 中央法規出版.
- 36) 厚生労働省 (2018) 『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』 (改訂版).
- 37) 神山裕実 (2016) 「社会福祉の視点よりみた専門職連携コンピテンス」『保健医療福祉連携』 9 (2), 124-126.
- 38) Department of Health (2008) Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff.
(<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>, 2017.11.30) .
- 39) 本家好文 (2018) 「ACP を地域の文化に！」『週刊医学界新聞』 第 3271 号
(http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03271_04, 2018.10.01).
- 40) 須永恭子・西井和美・三浦太郎・他 (2018) 「多職種連携推進における職種間の相互理解の課題に関する検討」『ホスピスケアと在宅ケア』 26 (1), 52-59.
- 41) 日本社会福祉士養成校協会 (2017) 『地域における包括的な支援体制を担う社会福祉士養成のあり方及び人材活用のあり方に関する調査研究事業〈実施報告〉暫定版』.
- 42) 杉本浩章 (2018) 「基礎自治体の自宅死の割合に影響を及ぼす医療福祉関連指標」『ホスピスケアと在宅ケア』 26 (3), 358-365.

- 43) 二木立 (2015) 『地域包括ケアと地域医療連携』 勁草書房.
- 44) 杉本浩章・近藤克則 (2006) 「特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題」『社会福祉学』 46 (3), 63-74.
- 45) 中西啓史 (2014) 「地域包括ケアシステムの実現に向けての提言」『商大ビジネスレビュー』 4 (2), 175-191
- 46) 宮田和明・近藤克則・樋口京子編 (2004) 『在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』 中央法規出版.
- 47) 杉本浩章・近藤克則・樋口京子・他 (2007) 「緩和ケア用 MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性」『病院管理』 44 (3), 49-57.
- 48) 二木立 (2014) 『安倍政権の医療・社会保障改革』 勁草書房.
- 49) 杉本浩章・近藤克則・樋口京子 (2011) 「世帯の経済水準による終末期ケア格差—在宅療養高齢者を対象とした全国調査から」『社会福祉学』 52 (3), 109-122.
- 50) 杉本浩章 (2018) 「地域包括ケア時代の看取りと死の格差問題」『地域ケアリング』 20 (4), 52-55.
- 51) 杉本浩章 (2019) 「看取り格差解消のために私たちが今考えるべきこと」『COMCOM』 (621), 4-7.
- 52) 社会保障制度改革国民会議 (2013) 『社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』
(<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>, 2018.10.25).
- 53) 高橋幸裕 (2016) 「高齢者の看取り支援に関する政策的課題」『尚美学園大学総合政策研究紀要』 (27), 1-19.
- 54) 地域力強化検討会 (2017) 『地域力強化検討会最終とりまとめ～地域共生社会の実現に向けた新しいステージへ～』 厚生労働省.
- 55) 田中千枝子 (2008) 「地域に貢献できるソーシャルワーカー—保健医療ソーシャルワーカーにおける地域活動の現代的意味」『医療社会福祉研究』 (16), 71-78.
- 56) 近藤克則 (2018) 『長生きできる町』 KADOKAWA.
- 57) 埼玉県立大学 (2009) 『IPW を学ぶ—利用者中心の保健医療福祉連携』 中央法規出版.
- 58) 日本疫学会 (2018) 『はじめて学ぶやさしい疫学改訂第3版』 南江堂.